

**Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**

**O PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA:  
DO DOENTE CRÍTICO AO DOENTE PALIATIVO**

**Ana Sandra Abreu Camacho, n.º 1783**

**Trabalho elaborado no âmbito da disciplina Relatório de Estágio do I  
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal**

**2017**



**Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**

**O PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA:  
DO DOENTE CRÍTICO AO DOENTE PALIATIVO**

**Ana Sandra Abreu Camacho, n.º 1783**

**Orientadora: Professora Doutora Cristina Pestana**

**Trabalho elaborado no âmbito da disciplina Relatório de Estágio do I  
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal**

**2017**







## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Cristina Pestana e às orientadoras de estágio por me terem ajudado a concretizar o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica!

À minha mãe, pai, Sérgio, Dina e aos meus sobrinhos: Cátia, Gabriel, Cláudio, Esmeralda, Júlia e Lourenço! Desculpem as minhas ausências!

Aos colegas do Serviço de Neurocirurgia! Sei que as trocas de turno foram numerosas, mas sem elas não teria conseguido frequentar o Curso de Mestrado!

Sem vocês não teria sido possível!

Muito obrigada!





## **RESUMO**

O presente Relatório de Mestrado dá resposta ao exposto no Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny bem como no Decreto de Lei n.º 74/2006 de 24 de março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, no que se refere à concessão do grau de Mestre, sendo necessária a aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do Curso e a elaboração e aprovação de uma dissertação, de trabalho de projeto ou de um relatório de estágio.

A opção escolhida foi o relatório de estágio. Assim, através da sua elaboração procurei demonstrar o caminho efetuado e o trabalho desenvolvido ao longo do Estágio I, o Estágio II e o Estágio de III - Opção, evidenciando as competências científicas, relacionais, técnicas e éticas aprofundadas e desenvolvidas no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, atestando ainda as competências de análise crítico-reflexiva das situações de aprendizagem decorrentes das vivências nos contextos de estágio.

O Estágio I decorreu num Serviço de Urgência Polivalente e o Estágio II sucedeu-se num Serviço de Cuidados Intensivos Polivalentes. O Estágio III, sendo uma opção pessoal, e após dois estágios dirigidos ao doente crítico, optei por direcionar o meu foco para os cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família com necessidades paliativas.

A preferência por esta área específica do cuidar, constituindo um ramo da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deveu-se ao facto de ter uma importância crescente nos sistemas de saúde e na sociedade em geral, com significativas repercussões na qualidade dos cuidados à pessoa em fim de vida, mas também por ser uma área de grande interesse pessoal.

As metodologias utilizadas na construção deste relatório de estágio são a análise e a reflexão individual, a evidência científica e os referenciais da profissão.

O relatório está organizado em três grandes capítulos, sendo realçadas em cada um, as competências comuns e específicas previstas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**Descritores:** competência, enfermagem médico-cirúrgica, cuidados críticos e cuidados paliativos.

## **ABSTRACT**

This Master report it's a answer to the Master Course Regulation on Medical-Surgical Nursing on Higher School of Health São José de Cluny as the Law n.º 74/2006 de 24<sup>th</sup> march of Ministry of Science, Technology and Higher Education, to get the Master Degree. To get that its necessary the positive approval on all classes of the course and the achievement and approval of one dissertation, writted work or internship report.

The chosen choice was the internship report. So trough this work I tried to demonstrate the done path and the work developed over the Internship *I*, Internship *II* and the Internship *III* – Chose, evidencing the scientific, interpersonal, technical and etical competences, developed on the specialized nurse medical-surgical care, certifying critical reflexive analysis competences too trough learning lived situations on the internship context.

Internship *I*, took place in a Multipurpose Emergency Department and Internship *II* happened in a Multipurpose Intensive Care Service. Internship *III*, being a personal option and after two stages directed to the critical patient, I chose to direct my focus to the specialized nursing care to the person/family with palliative needs.

The preference for this specific care area, constituting a branch of the Medical-Surgical Nursing Specialization, was due to the fact that it has an increasing importance in health systems and in the general society, with significant repercussions on the quality of care for the end-life person, but also because it is an area of great personal interest.

The report is organized into three major chapters, each of which emphasizes the common and specific competences provided by the Order of Nurses for the award of the tittle of Specialist in Medical and Surgical Nursing.

The methodologies used in the construction of this internship report are individual analysis and reflection, scientific evidence and the references of the profession.

**Descriptors:** competence, medical-surgical nursing, critical care and palliative care

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*  
APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos  
AVC - Acidente Vascular Cerebral  
CI - Cuidados Intensivos  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CP - Cuidados Paliativos  
DGS - Direção Geral da Saúde  
ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde  
FC - Fadiga por compaixão  
HDJA - Hospital Dr. João de Almada  
HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça  
IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde  
IPOCFG - Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil  
LOC - Nível de Cuidados  
MS - Ministério da Saúde  
NAS - Nursing Activities Score  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
PCR - Paragem cardiorrespiratória  
PNCP - Plano Nacional de Cuidados Paliativos  
PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes  
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos  
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
SC - Satisfação por compaixão  
SCP - Serviço de Cuidados Paliativos  
SCE - Sala de Cuidados Especiais  
SE- Sala de Emergência  
SESARAM E.P.E - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E  
SMI - Serviço de Medicina Intensiva  
SMI-HNM - Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélio Mendonça

SO - Sala de Observação

SU - Serviço de Urgência

SU-HNM - Serviço de Urgência Geral do Hospital Dr. Nélio Mendonça

TISS-28 -Therapeutic Intervention Scoring System-28

TVM - Traumatismo vertebro-medular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I: Cuidados Especializados à pessoa em contexto de urgência .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Contexto de Urgência .....</b>	<b>16</b>
1.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	17
1.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade .....	19
1.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	23
1.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	26
<b>1.2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica no Contexto de Urgência.....</b>	<b>29</b>
1.2.1. Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....	29
1.2.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação.....	37
1.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	38
<b>Capítulo II: Cuidados Especializados à pessoa no Contexto de Cuidados Intensivos.41</b>	
<b>2.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Contexto de Cuidados Intensivos .....</b>	<b>45</b>
2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	45
2.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade .....	49
2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados .....	54
2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	57
<b>2.2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica no Contexto de Cuidados Intensivos....</b>	<b>59</b>

2.2.1. Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....	60
2.2.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação .....	68
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas .....	69
<b>Capítulo III: Cuidados Especializados à pessoa em contexto de Cuidados Paliativos</b>	<b>73</b>
<b>2.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Contexto de Cuidados Paliativos .....</b>	<b>77</b>
2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	78
2.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade .....	81
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	85
2.1.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais.....	86
<b>2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa .....</b>	<b>89</b>
2.2.1. Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida .....	90
2.2.2. Estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte .....	95
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>101</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>i</b>
<b>APÊNDICE A -.....</b>	<b>III</b>
<b>APÊNDICE B -.....</b>	<b>IV</b>

## **INTRODUÇÃO**

Com a elaboração deste relatório de estágio pretendo corresponder ao exposto no Regulamento do presente Curso de Mestrado e no Decreto de Lei n.º 74/2006 de 24 de março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, no que se refere a concessão do grau de Mestre, sendo necessário a aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado e a elaboração e aprovação de uma dissertação, trabalho de projeto ou relatório de estágio.

A opção escolhida foi o relatório de estágio. Com este tenho como objetivos demonstrar o caminho efetuado e o trabalho desenvolvido ao longo do Estágio I, o Estágio II e o Estágio de III - Opção, evidenciar as competências científicas, relacionais, técnicas e éticas aprofundadas e desenvolvidas no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica e demonstrar as competências de análise crítico-reflexiva de situações decorrentes da prática profissional na minha área de especialização.

A especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica tem como grandes alvos de intervenção o doente crítico e o doente crónico e paliativo. O discente do presente curso de Mestrado tinha a obrigatoriedade de desenvolver os Estágios I e II em Serviços de Urgência e Cuidados Intensivos Polivalentes e o Estágio III seria uma opção pessoal, com a condição de o desenvolver num serviço de cuidados diferenciados consoante a natureza de opção. Assim, após dois estágios dirigidos ao doente crítico, optei por focar o meu estágio de opção na pessoa com necessidades paliativas. A preferência por esta área específica do cuidar deveu-se ao facto de ter uma importância crescente nos sistemas de saúde e na sociedade em geral, mas também ser uma área de grande interesse pessoal.

Deste modo, o primeiro estágio decorreu no Serviço de Urgência Geral do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, cujo objetivo geral foi desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica no contexto específico de urgência/emergência. O segundo estágio desenvolveu-se no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, sendo que o objetivo geral foi similar ao do estágio anterior, mas no contexto específico de cuidados intensivos. O estágio de opção sucedeu-se na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. João de Almada e no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil onde pretendi desenvolver competências

especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crónica e paliativa.

Procurarei ainda evidenciar neste relatório que detenho competências que me permitam obter o grau de Mestre. As mesmas encontram-se legisladas no Decreto de Lei n.º 74/2006 de 24 de março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e são as seguintes:

- "a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo."

As metodologias utilizadas na construção deste relatório de estágio são a análise e a reflexão individual, a evidência científica e os referenciais da profissão.

Estruturalmente o relatório encontra-se dividido em três capítulos que procurarão traduzir as competências comuns e específicas desenvolvidas e aprofundadas para uma prestação de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica especializados à pessoa no contexto de urgência, no contexto de cuidados intensivos e no contexto de cuidados paliativos.

No que toca a formatação, fontes e citações deste relatório, utilizei o documento das Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos elaborado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. As referências bibliográficas foram introduzidas automaticamente neste documento, utilizando um dos estilos disponíveis no *Microsoft Office Word* e recomendado pela Escola Superior de Enfermagem: *American Psychological Association - APA*, 6ª edição.



## **CAPÍTULO I: CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA**



Sá-Chaves (2000) refere que um profissional competente é aquele que possui uma série de conhecimentos e capacidades vastos e diversificados. Relativamente ao enfermeiro, é competente o profissional que aplica o processo de enfermagem em circunstâncias quase sempre imprevisíveis, de modo a que as decisões tomadas se constituam como adequadas, legítimas e abertas a constantes reajustes de modo a garantir a estabilidade permanente do doente. Considero que estas permissas se adequam perfeitamente à enfermagem de urgência pois é uma área imprevisível e caracteriza-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos patológicos.

Patrick (2011) refere que a prática de enfermagem de urgência reúne, como em nenhuma outra, competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento. Requer uma prática de cuidados sistemáticos, e inclui o processo e o diagnóstico de enfermagem, tomada de decisões rápidas, pensamento científico, analítico e investigação. Os papéis assumidos pelos enfermeiros passam por prestação de cuidados ao doente, investigação, gestão, ensino, consultadoria e defesa do doente.

O Regulamento 124/ 2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros (OE), sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, acrescenta ao autor anterior que a enfermagem ao doente urgente e emergente exige observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os seguintes objetivos: conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, prever e detetar precocemente complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente em tempo útil. Por sua vez, os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco de vida imediato, como resposta às necessidades afetadas. Esta prontidão vai permitir a manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total do doente em situação crítica.

De modo a desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica realizei um estágio no contexto de Urgência. Este decorreu no SU-HNM no período entre 11 de abril de 2016 e 22 de maio de 2016, perfazendo um total de 250 horas de contato: 130 horas de estágio, 10 horas de orientação tutorial e 110 horas de tempo individual para o estudante.

O SU-HNM está sediado no andar técnico e comporta diferentes espaços físicos onde são prestados diversificados cuidados de enfermagem: *hall* de entrada, sala de triagem, sala de tratamentos, sala de ortopedia, sala de recuperação, sala aberta, sala de

pequena cirurgia, sala de observação (SO) que integra oito camas e um quarto de isolamento, sala de cuidados especiais (SCE) que possui duas camas e a sala de emergência (SE). Adjacente ao SU está um setor de imagiologia onde os doentes admitidos realizam os exames complementares de diagnóstico. O meu estágio concentrou-se no SO, SCE e SE onde se encontram os doentes em situação crítica.

A equipa do SU é diversificada e constituída por médicos em presença física ou que se encontram nos seus próprios serviços mas rapidamente acedem ao SU em caso de necessidade, médicos que se encontram de prevenção, enfermeiros (atualmente sete especialistas em enfermagem médico-cirúrgica), assistentes operacionais, assistente social, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes administrativos.

Os dados estatísticos mais recentes disponíveis são referentes ao ano de 2015. Estes revelam que 85228 doentes foram atendidos na Urgência Geral, o que nos dá uma média de 233,5 doentes por dia. Destes, 12835 necessitaram de internamento nos diversos serviços do hospital, o que nos dá uma média de 35 doentes por dia (7,3% foram transferidos do SU para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Cuidados Intermédios ou Cuidados Especiais) (Núcleo de Gestão de Doentes e Estatísticas - SESARAM E.P.E, 2016).

Durante o estágio apercebi-me que a maior parte dos utentes eram idosos, com patologia cardiorrespiratória aguda ou crónica agudizada. No que se refere às Vias Verdes, as mais comuns foram a Via Verde do Trauma e do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Após esta sumária introdução ao estágio onde realizei uma contextualização do mesmo, pretendo agora dar a conhecer as competências adquiridas/ desenvolvidas ao longo do Estágio I - Urgência.

### **1.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Contexto de Urgência**

Segundo o Regulamento 122/2011 de 18 de fevereiro da OE as competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Os domínios de competências comuns são a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nos seguintes subcapítulos, será analisado de forma crítica e reflexiva os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidos ao longo do estágio I - Urgência.

### 1.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O enfermeiro tem a obrigação de exercer a sua profissão de acordo com Estatuto da OE. Deve, ao inscrever-se na OE, assumir o dever de cumprir as normas e as leis que regem a profissão, responsabilizar-se pelas decisões que toma, proteger e defender a pessoa humana de práticas que vão contra a lei, a ética ou o bem comum. Segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, acresce ao enfermeiro especialista, o dever de desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Em primeiro lugar, considero importante referir que o Código Deontológico rege toda a minha prática profissional. Considero que a reflexão ética no contexto de urgência é fundamental pois a confrontação contínua com a doença súbita, frequentemente grave e que coloca em risco a vida do doente, remete os enfermeiros e demais profissionais de saúde para a confrontação frequente com problemas complexos e que exigem uma elevada capacidade de resposta e um processo de tomada de decisão rápido e preciso.

Durante o meu percurso no SU, desde a área de acolhimento e triagem à SE assimilei que o doente tem um papel ativo nos processos de tomada de decisão que lhe diz respeito. Respeitei o direito à autonomia e o direito à autodeterminação que o doente possui. De facto, toda a situação de urgência ou emergência deve ser apreendida atendendo às suas particularidades, considerando os desejos e às reações do doente e da sua família face à situação de doença grave e ao seu tratamento.

O facto de me ter aperfeiçoado como profissional ao longo do estágio, ou seja de me ter desenvolvido pessoalmente e profissionalmente, aumentando o meu leque de conhecimentos e experiências, facilitou progressivamente o processo de tomada de decisão. Tal como nos diz a OE (2015) "o aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera atualização de conhecimentos, com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências" (p.43). Considero que assisti e colaborei em diversos processos de tomada de decisão em equipa. Nestes, tive como pressupostos os princípios éticos fundamentais a observar na relação profissional - a justiça, a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros,

a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos e a procura da excelência do exercício da profissão, em geral, e na relação com os outros profissionais.

Procurando basear a minha prática no conhecimento científico, evolui positivamente na autonomia de ação mas também na autonomia de julgamento, dando uma melhor resposta aos desafios e dilemas que enfrentei no SU, juntamente com a restante equipa de saúde. Tal como nos refere Fernandes S. (2010), "a decisão ética de enfermagem utiliza também fundamentos de natureza científica para determinar as ações eticamente adequadas. São elementos que integram o conhecimento científico de enfermagem e que, em alguns casos, constituem a principal razão de decidir" (p. 239).

As decisões podem ser de diferente complexidade, desde mudar o doente de uma sala para outra, decidir o fluxograma de triagem mais adequado numa situação de doença específica, ou reanimar ou não reanimar um doente numa situação de paragem cardiorrespiratória (PCR). De facto, o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença assume o dever de "co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico de doença e respetivo tratamento" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 69). Este dever assume especial importância no contexto de urgência onde, um atraso, pode significar o fim da vida.

Na SO e na SE do SU é onde se concentram as situações mais complexas e com maior necessidade de imediatez de resposta, é necessário um verdadeiro trabalho de equipa, pelo que a construção do processo de decisão faz sentido se também for em equipa (onde se inclui o doente e o familiar, sempre que assim se justificar), onde são consideradas as opções mais apropriadas, investigados os possíveis resultados da ação, decidido sobre a ação a adotar e avaliados os resultados dessa mesma ação.

O enfermeiro especialista no SU desempenha o papel de consultor quando as situações são complexas. Os restantes colegas de profissão reconhecem no enfermeiro especialista, a sua competência, a sua experiência e o seu conhecimento.

Considero que demonstrei uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. As reflexões efetuadas ao longo do estágio abarcaram diversas temáticas, uma delas foi sobre o respeito da privacidade e da intimidade da pessoa cuidada onde ficou patente que o enfermeiro especialista tem o dever de proteger a privacidade e a intimidade do utente, seja quando realiza ou delega cuidados, e um papel fulcral na gestão de situações potencialmente comprometedoras para o doente.

Recordando excertos de uma reflexão:

"É notório que a humanização dos cuidados e o respeito pela intimidade e privacidade do utente é uma preocupação da equipa de enfermagem do SU. Infelizmente, a estrutura física e os equipamentos existentes, não facilitam a mesma, obrigando os enfermeiros a constantes improvisos. (...) Numa situação de Urgência ou Emergência, a preservação da intimidade e privacidade física do utente faz-se de pequenas coisas, como pedir autorização antes de realizar um cuidado ou procedimento de enfermagem, usar os biombos e as cortinas existentes, tampar as partes do corpo que não necessitam ficar expostas com roupa ou lençol, pedir aos familiares e às visitas para saírem antes da prestação de cuidados e permitir apenas a presença dos profissionais de saúde necessários naquele momento."

Tal reflexão encontra suporte no descrito na Carta dos Direitos do Doente Internado onde está descrito que "o utente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico", pressupondo que qualquer ato seja efetuado só na presença dos profissionais de saúde necessários à sua execução (Ministério da Saúde, 2009, p. 10). Nesta carta são também mencionando os SU, que apesar de não constituírem, necessariamente, um internamento, é recomendado que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos, embora seja necessário rapidez de atuação em muitos cuidados prestados ao utente. Também vai de encontro com o que é esperado do enfermeiro especialista pois, segundo o Regulamento nº 122/ 2011 de 18 de fevereiro da OE, espera-se que este defenda o doente de práticas que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade.

De facto, apesar das exigências e das contrariedades vividas pelos enfermeiros no SU, estas nunca devem separar-se da ética e do código deontológico da profissão, pois o profissionalismo é feito de comportamentos, concretos, reais e humanos, fundamentando na prática da ética apesar das dificuldades que possa encontrar (Nunes, 2008).

### 1.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

Segundo Carvalho et al (2014), a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e por este motivo as associações profissionais da área da saúde têm um papel fundamental na criação de sistemas de qualidade e na definição dos seus padrões. Estes tornam-se percursos dos cuidados, baseados na evidência, o que constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

No caso da profissionais de enfermagem, foi a OE que definiu um série de enunciados descritos com o intuito de uniformizar e ajudar as unidades cuidados a obter a máxima qualidade de cuidados no exercício profissional e estimular os enfermeiros a

refletir e procurar novas formas de melhorar continuamente os seus cuidados. Estes enunciados, comuns a todos os enfermeiros, estão relacionados com a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Acresce ao Enfermeiro Especialista, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, indo de encontro ao descrito no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE.

A mesma Ordem, através do Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, elaborou padrões de qualidade dos cuidados especializados na área de especialização em enfermagem em pessoa em situação crítica no sentido de os mesmos servirem de norteadores e referenciais para os enfermeiros com esta especialidade e de constituir um instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista junto dos utentes, de outros profissionais, do público e dos políticos. Por tal, este foi um documento que serviu como referência ao longo do estágio.

Nas pesquisas efetuadas encontrei um documento sobre a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) 2015-2020, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS). Esta estratégia tem como principal missão "potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde" e como visão "assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão" (Ministério da Saúde, 2015, p. 1).

Após ler o documento considero que o SU - HNM tem percorrido o seu caminho no que se confere à qualidade em saúde pois pretende ser acreditado e atualmente encontra-se a aguardar o início do processo de autoavaliação (a primeira fase de certificação), segundo o *Modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalusia* (Modelo ACSA). Os enfermeiros têm tido um papel fundamental pois têm disseminado normas clínicas nacionais e boas práticas junto dos profissionais de saúde e tem incentivado uma clínica reflexiva através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e no que confere a diversas



áreas da enfermagem (triagem de Manchester, planos de cuidados de enfermagem, risco clínico, risco não clínico, entre outros).

Enquanto enfermeira, a melhoria contínua dos cuidados sempre foi uma preocupação constante. Tal facto exige análise frequente do trabalho efetuado e reconhecer eventuais lacunas. Durante o estágio, também tive a preocupação constante de identificar aspetos a melhorar e procurar a atualização dos saberes, pois tenho plena consciência que desenvolvimento científico provem essencialmente da pesquisa científica, sendo a integração desta pesquisa na prática clínica que torna a enfermagem baseada na evidência.

Dos diversos aspetos que identifiquei como oportunidade de melhoria no SU, destaco dois: relacionados com a triagem dos resíduos hospitalares e com os cuidados com as colheitas de líquido cefalorraquidiano. Estas foram partilhadas com o enfermeiro tutor, com restantes elementos da equipa de enfermagem e com o enfermeiro chefe. Tive oportunidade de realizar uma formação sobre os cuidados de enfermagem ao utente submetido a punção lombar onde ressalvei também os cuidados com as amostras de líquido, colaborando para a melhoria das boas práticas.

É função do enfermeiro especialista criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, o que também vai de encontro com o Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020 onde é referido que melhorar continuamente a qualidade no setor da saúde significa tudo fazer para que diariamente os cuidados prestados sejam efetivos e seguros, prestados em tempo útil e de forma equitativa (Ministério da Saúde, 2015).

Importa também referir que existe atualmente o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 que tem como objetivo combater os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde. Os objetivos estratégicos deste plano são aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, da comunicação, cirúrgica e utilização da medicação, a prevenção de quedas e de úlceras por pressão, a prevenção e controlo de infeções e a resistência aos antimicrobianos e a identificação inequívoca dos doentes (Despacho n.º 1400-A/ 2015 de 10 de fevereiro do MS).

Notei que todos os itens anteriores fazem parte da política de segurança do SU-HNM, mas é de destacar a existência de uma grande preocupação com a segurança na utilização da medicação e o enfermeiro especialista é uma referência no esclarecimento de dúvidas sobre medicação e protocolos terapêuticos complexos; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; e a segurança da comunicação. No que se refere ao primeiro item,

alguns estudos comprovam que os erros de medicação são frequentes no ambiente hospitalar.

C. Abreu (2015) elaborou uma tese de doutoramento intitulada "A percepção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: implicações para o planeamento de cuidados e para a formação", sendo um dos objectivos identificar os erros reportados pelos enfermeiros e as suas causas. O autor concluiu que a maioria dos erros reportados estão relacionados com a preparação (selecção errada do medicamento, inadequada diluição) e a administração da medicação (incumprimento do horário, doente errado, não certificação da via de administração), seguindo-se os erros relacionados com intervenções (técnicas e procedimentos de enfermagem), nomeadamente a prática incorreta da colheita de sangue, colocação inadequada do cateter venoso periférico e a não avaliação dos sinais vitais.

As causas identificadas para ocorrência do erro estavam relacionadas com o facto de ter que decidir rapidamente sobre o que tinham que realizar ao doente, estar desatento, avaliar mal a situação, tomada de decisão errada e o ambiente stressante.

Outro cuidado que é fonte de preocupação dos enfermeiros do SU - HNM está relacionado com a identidade do doente, pois o elevado número de doentes e de profissionais envolvidos nos cuidados no SU e a necessidade de resposta rápida às situações de doença potenciam a ocorrência de incidentes deste tipo. Segundo o Despacho n.º 1400-A/ 2015 de 10 de fevereiro do MS, a verificação da identificação do doente deve ocorrer antes de qualquer intervenção ou cuidado, não esquecendo de verificar a mesma antes da realização de exames radiológicos, administração de medicamento, sangue ou outros componentes do sangue, antes da colheita de qualquer espécime para análise, antes de tratamento do âmbito cirúrgico ou oncológico, bem como antes da prestação de um serviço de apoio, como é o caso de servir uma refeição.

De acordo com o Despacho anterior, em algumas situações específicas, como é o caso das transfusões de sangue ou outros componentes é fundamental que a verificação da requisição, do doente, do tipo de sangue e do procedimento seja realizado por duas pessoas. Estas atitudes foram verificadas no SU, tendo o enfermeiro especialista a função de alertar para a gravidade deste tipo de incidentes e promover a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração terapêutica pelos pares.

Cabe também ao enfermeiro especialista envolver os colaboradores na gestão do risco e incentivar a notificação de incidentes pois é uma forma de identificar riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, possibilitando a partilha e aprendizagem com o erro. Na instituição onde fiz estágio, qualquer enfermeiro pode notificar os erros ocorridos

ou situações que podem induzir ao erro através do ATRIUM (programa informático usado no SESARAM E.P.E).

De acordo com o Despacho n.º 1400-A/ 2015 de 10 de fevereiro do MS, no que se refere à segurança na comunicação, este é um pilar fundamental para a segurança do doente, principalmente quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das passagens de turno ou transferências/ altas dos doentes. De facto, a passagem de turno é um momento de reunião da equipa dos enfermeiros que tem como principal objetivo assegurar a continuidade dos cuidados. Concretizando-se desta forma o dever de "assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 69).

No mesmo Despacho está descrito que para uma efetiva segurança na comunicação, as instituições prestadoras de cuidados devem implementar procedimentos normalizados para assegurar a comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde, evitando problemas na comunicação, que podem potenciar os incidentes com danos para o doente. No SESARAM E.P.E, os sistemas informáticos do SU e dos serviços de internamento intercomunicam, os centros de saúde têm acesso às notas de alta dos hospitais da RAM, o sistema de informação está disponível 24 por dia e quando, por algum motivo deixa de estar disponível, rapidamente o problema é notificado e resolvido.

### 1.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar e a adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Para desenvolver as competências anteriores, há que primeiramente, conhecer e compreender toda a estrutura e nível de responsabilidade. Por tal, enquadrado o SU - HNM, atendendo ao seu nível de resposta e recursos existentes, num SU polivalente, o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência/ emergência. Tal facto vai está de acordo com o Despacho n.º 26-A/2009 de 7 de setembro da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais onde estão definidas as classificações dos SU do SESARAM E.P.E. Assim, o SU - HNM, atendendo ao seu nível de resposta e recursos existentes, dispõe de:

- Recursos humanos: equipa médicas, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência;
- Valências médicas obrigatórias e o equipamento mínimo descritos na lei;
- Resposta específica em determinadas valências (Neurocirurgia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vascular, Medicina Intensiva, entre outras).
- Apoio de outras especialidades: cardiologia, neurologia, oftalmologia, entre outras.
- SE com equipa com formação especializada em medicina de urgência;
- Apoio da UCI na receção do doente emergente através do acesso rápido ao médico com treino em medicina intensiva;
- Formação em Suporte Avançado de Vida e Transporte do Doente Crítico;
- Trabalha em articulação com o Serviço Regional de Protecção Civil, nomeadamente com a equipa médica de intervenção rápida que assegura o atendimento pré-hospitalar e colabora no transporte do doente crítico (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do MS).

Para além dos espaços físicos do SU-HNM descritos anteriormente neste capítulo, considero que seria pertinente a existência de uma área destinada à informação e comunicação com os familiares, indo de encontro com as recomendações sobre a estrutura física dos SU descritas no Despacho anterior.

Considero que ao longo do estágio colaborei ativamente nas decisões da equipa multiprofissional e, em algumas situações, a minha opinião foi decisiva para a tomada de decisão em equipa. Uma destas decisões estava relacionada com a transferência de um doente com patologia respiratória aguda instável e a realizar ventilação não invasiva para um serviço que muito recentemente começou a receber doentes do foro médico, alertei para o facto que seria importante salvaguardar que os colegas de profissão tinham os conhecimentos necessários para cuidar do doente com ventilação não invasiva. Foi decidido que o doente ia permanecer na SO até ficar mais estável e, caso o doente fosse posteriormente transferido com o BIPAP, seria garantida a transmissão de informação relevante sobre os cuidados de enfermagem nesta situação específica e disponibilizada a extensão telefónica da SO para o esclarecimento de dúvidas. Este exemplo demonstra que a negociação com outros profissionais de saúde assume, por vezes, um papel fundamental,

pois o que está em causa são o bem - estar e a saúde do utente. Nestas situações, o enfermeiro assume sempre o papel de advogado do utente e participa na tomada de decisão, otimizando sempre o processo de cuidados.

A ferramenta de trabalho usada foi o processo de enfermagem e a linguagem utilizada foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Considero que intervêm na melhoria da informação no processo de cuidar, sugerindo a elaboração de determinados diagnósticos e determinadas intervenções que faziam sentido em determinadas situações.

A equipa de enfermeiros é qualificada, sendo que em todas as equipas existem pelo menos dois enfermeiros com a especialidade em pessoa em situação crítica, saúde mental e psiquiátrica ou saúde comunitária.

O método de organização de trabalho adotado varia consoante a área do SU, a carga de trabalho e os recursos em enfermagem, os métodos de trabalho mais observados foram de enfermeiro responsável onde os cuidados dirigidos ao doente são individualizadas e de elevada qualidade e o trabalho em equipa multidisciplinar, este último observado principalmente na SE onde cada profissional de saúde tem as funções bem definidas mas o sentido de responsabilidade e os objetivos dos cuidados são comuns a todos. De facto, numa situação de emergência, devido a sua complexidade e necessidade de realização de atividades coordenadas, rápidas e sincronizadas, o trabalho em equipa é fundamental para atingir um bom resultado final.

Preocupada com a questão do trabalho em equipa no contexto de emergência e de forma a adquirir competências a este nível fiz uma pesquisa sobre a temática e encontrei uma Dissertação de Mestrado cujo tema é o "Trabalho em equipa em contexto de emergência - Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico", onde a autora concluiu que trabalhar no contexto de urgência é gerador de sentimentos que podem influenciar a atuação dos profissionais de forma positiva entre eles a segurança, a perfeição, a satisfação, a confiança e a aceitação. Podem também ser sentimentos desagradáveis e influenciar de forma negativa a atuação do profissional, onde se insere a ansiedade, o conflito de decisões que pode ser diferente nos elementos que constituem a equipa, a frustração e a insegurança (Azinha, 2014).

A mesma autora refere que o profissional que está integrado numa equipa e em relacionamento constante com os mesmos, está sujeito a fatores condicionantes do desempenho individual e do grupo, nomeadamente a formação profissional sendo essencial o treino prévio conjunto, uma liderança efetiva, a experiência profissional dos elementos

que constituem a equipa, a comunicação e a organização, nomeadamente a clara definição da estratégia, das funções, dos objetivos e dos recursos humanos necessários na SE.

A OE (2015) refere que o trabalho em equipa é fundamental e coloca em ênfase o desenvolvimento de competências profissionais, na capacidade de problematizar, refletir e debater em conjunto. As relações profissionais que enfatizam a comunicação, a articulação, a complementariedade promovem o coletivo, a coesão e cooperação em torno de objetivos que são comuns, neste caso em concreto, o atendimento de qualidade do doente em situação crítica.

De facto, a temática da comunicação e do relacionamento em equipa é uma temática importante, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do MS, pelo menos, 50% dos profissionais nos SUP devem ter formação nesta área.

Ter consciência dos resultados deste estudo, ajudou-me de certa forma, a ter uma atenção especial aos aspetos relatados, de forma a otimizar o trabalho em equipa no SU.

#### 1.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do MS é recomendado que se promova as competências e as capacidades mínimas dos profissionais de saúde que trabalham na sua totalidade ou maioritariamente no SU. No que se refere especificamente aos enfermeiros, recomendam que pelo menos 50% tenham competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, atribuída pela OE.

O mesmo autor refere que é critério de qualidade a qualificação dos profissionais de saúde, sendo que cada SU é responsável pelas qualificações mínimas definidas e por promover a formação dos seus profissionais de saúde. Este é um incentivo claro ao desenvolvimento profissional em prol da qualidade em saúde, que é dever dos profissionais, mas também das instituições de saúde.

De facto, nos últimos anos, os conhecimentos científicos cresceram exponencialmente, os enfermeiros, tradicionalmente virados para o conforto, suporte emocional e assistência perante as atividades de vida limitadas, são confrontados com a necessidade de utilizar tecnologias médicas cada vez mais avançadas e complexas de assistência ao doente. Os enfermeiros, nas instituições de saúde, passaram a assumir um papel central e viram crescer as suas atividades autónomas (Abreu W. , 2001). Com todas estas alterações e mudanças e acompanhando os padrões cada vez mais elevados de

formação, cabe ao enfermeiro especialista desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento, indo de encontro com o descrito no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE.

O conhecimento de si próprio é uma condição indispensável para o desenvolvimento e para a sua transformação na qualidade: de si próprio e das situações que experiencia. A reflexão deve fazer parte de cada momento e de cada situação, invocado os seus saberes e selecionando aqueles que, do seu ponto de vista, se ajustam melhor à situação que está a vivenciar (Sá-Chaves, 2000).

Considero que desde o início da minha vida profissional que tenho procurado a excelência na prestação dos cuidados. Ao longo do meu percurso, tenho diagnosticado várias necessidades de formação e frequentados diversos cursos que tiveram um impacto bastante positivo na qualidade dos cuidados prestados. Foi este desejo de querer adquirir/aprofundar mais competências e melhorar continuamente os meus cuidados de enfermagem, que me inscrevi e estou atualmente a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica.

O plano curricular do mestrado, nomeadamente a disciplina em Urgência e Emergência, contribuiu bastante para o aumento de conhecimentos, mas o investimento pessoal para me manter atualizada cientificamente e o desejo de crescimento profissional teve também um papel importante para aquisição de competências neste domínio.

De acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro da OE, os cuidados à pessoa em situação crítica exigem rapidez, precisão, eficiência, conhecimento científico e habilidades técnicas. Estas exigências são solicitadas constantemente aos enfermeiros do SU, obrigando os mesmos a atuar frequentemente sob pressão e a gerir eficazmente sentimentos e emoções em prol de uma resposta.

Reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais, tive necessidade de trabalhar o item anterior ao longo do estágio, pois sou emotiva e deixo-me "envolver" rapidamente com os doentes e situações de doença. Notei que, para além de estratégias pessoais como o autocontrolo e a reflexão individual, o investimento no aperfeiçoamento profissional trouxe-me mais segurança e eficiência nos cuidados prestados.

Considero que identifiquei necessidades formativas e atuei como formador oportuno no contexto de trabalho, contribuindo positivamente para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros no geral.

Elaborei e apresentei uma formação sobre a temática dos "Cuidados de enfermagem ao utente submetido a punção lombar", o *feedback* da equipa foi positivo, pois consideraram a informação pertinente e que contribuí para o aprofundar do conhecimento nesta temática, principalmente dos elementos com menor experiência profissional.

Demonstrei conhecimentos, apliquei-os na prestação de cuidados e partilhei-os com a equipa da urgência, nomeadamente, particulares dos cuidados ao doente com patologia neurocirúrgica e vertebro-medular. Partilhei com a equipa o guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular (TVM) que, apesar de ter sido elaborado pela OE no ano de 2009, não era conhecido por todos, principalmente pelos elementos mais novos. Este guia, apesar de ter sido uma proposta da comissão da especialidade de enfermagem de reabilitação, é uma ótima referência para todos os enfermeiros que cuidam destes doentes. Aborda, para além da temática da reabilitação da pessoa com TVM, a intervenção do TVM no pré-hospitalar e no ambiente hospitalar (Ordem dos Enfermeiros - Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2009).

Considero que ao longo do estágio, rentabilizei diversas situações de aprendizagem, sempre que o alarme sonoro da SE era ativado, disponibilizava-me para colaborar nos cuidados ao doente urgente/ emergente e refletia posteriormente com a enfermeira tutora e elementos da equipa de enfermagem sobre as mesmas experiências. Relembrando uma reflexão efetuada sobre uma experiência relacionada com a ativação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na SE:

"Nesta experiência considerei como mais positivo todo o atendimento que a utente recebeu, foram assegurados os cuidados, rapidamente foi identificado que a utente tinha critérios para realizar trombólise e foi procedida a sua transferência para a Unidade - AVC para iniciar terapêutica específica. Nem todas as situações vividas têm de ter obrigatoriamente aspetos negativos, os momentos de reflexão também devem ser promovidos nas experiências positivas com o objetivos de analisar os cuidados prestados, comparar com os descritos na literatura e consolidar conhecimentos sobre a temática."

De facto, considero que a reflexão, a pesquisa em páginas de internet e bases de dados credíveis e a consolidação de conhecimentos sobre diversas temáticas foi uma constante ao longo do estágio. Tudo isto contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais.



## **1.2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica no Contexto de Urgência**

Segundo o Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro da OE, a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

A abordagem da enfermagem de urgência e, consequentemente, à pessoa em situação crítica, tem vindo a constituir uma temática a qual é dada cada vez mais importância pela necessidade de aumentar a qualidade e a solidez dos cuidados ao doente crítico e de proporcionar critérios de avaliação da qualidade da prática de enfermagem de urgência (Fazio, 2011).

A OE emanou dois documentos importantes sobre a temática da Pessoa em situação crítica que devem ser guias orientadores da prática do enfermeiro que cuida destes doentes, são eles: o Regulamento n.º 124/ 2011 de 18 de fevereiro onde define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e o Regulamento 361/ 2015 de 26 de junho que regula os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

No que confere às competências específicas, estas são cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação; e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Neste subcapítulo irei relatar de forma reflexiva as competências específicas aplicadas especificamente ao contexto de urgências.

### **1.2.1. Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Relacionada com esta competência específica e atendendo ao determinado no Regulamento n.º 124/ 2011 de 18 de fevereiro da OE, o enfermeiro especialista deve prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, fazer a

gestão diferenciada da dor e do bem - estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas e assistir a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrerem da situação crítica de saúde/ doença e/ou falência orgânica.

A "porta de entrada" da pessoa vítima de doença aguda no SU é a Sala de Triagem (ST), nesta o enfermeiro faz uso do sistema de triagem de Manchester, cujos objetivos são: a definição do nível de prioridades e a identificação objetiva e sistematizada de critérios de gravidade, designando a prioridade clínica de atendimento do utente e o referente tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Direção Geral da Saúde, 2015).

O mesmo autor refere que este protocolo abrange 52 fluxogramas, baseados num sistema de algoritmos, constituído por cinco níveis de urgência associados a cores que refletem as diversas condições e classificações de risco, e incluem a explicação sobre os critérios de aplicabilidade, os quais facilitam e orientam o profissional, determinando o tempo estimado e prioridade para o atendimento inicial.

Neste processo de triagem, são identificados os critérios de gravidade relativos à queixa apresentada pelo utente. Após a identificação da queixa principal há que escolher o fluxograma que melhor se adequa e a resposta afirmativa a uma das questões ou discriminadores do fluxograma. As questões são colocadas numa ordem descendente uma vez que se apresentam por ordem decrescente de prioridade. Sendo que as questões iniciais correspondem às categorias de urgência mais elevadas/graves identificando deste modo o critério de gravidade do utente (Diogo, 2007).

Ao longo do estágio pude inteirar-me de todo o seu processo, desde a identificação das queixas do utente, a escolha do fluxograma mais adequado, a identificação do discriminador que indica o nível de prioridade, a atribuição do grau de prioridade e o encaminhamento para a área de atendimento mais apropriada. Sendo a missão de um SU o atendimento das situações classificadas entre o emergente e o urgente (entre vermelho e amarelo), ou seja, as situações em que há risco para a saúde, apreendi a real utilidade da Triagem de Manchester. Assim, quanto maior o índice de gravidade, mais rápido deverá ser o atendimento.

A triagem é feita por enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas, com uma vasta experiência em cuidados de urgência, tal não podia ser de outra forma devido à escassez de profissionais de saúde mas com formação específica nesta área ministrada pelo Grupo Português de Triagem. Pude compreender que triar e identificar os doentes mais críticos é, de certa forma, identificar prontamente focos de instabilidade. O que vai de

encontro com as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica descritas no Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro da OE.

Dada a situação complexa da Pessoa que se encontra em situação crítica, o enfermeiro, atendendo ao Decreto de Lei n.º 161/96 de 4 de setembro do MS, deve utilizar técnicas da profissão com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade. Como já referido anteriormente, acresce ao enfermeiro especialista, a antecipação da instabilidade e o risco de falência orgânica. Assim, o enfermeiro especialista para além da avaliação e análise rigorosa dos problemas do doente em contexto de urgência, definição de resultados esperados com base na avaliação e problemas identificados, elaboração, implementação e reavaliação frequente do plano de cuidados, deve ter constantemente uma atitude antecipatória, respondendo prontamente aos focos de instabilidade que surgem com frequência no contexto de urgência.

Pude aprofundar a competência anterior na SO e na SCE do SU-HNM pois é onde se concentram os doentes com as situações clínicas mais graves, que necessitam de uma vigilância mais rigorosa do seu quadro clínico e geral permanente, e onde se encontram os enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica que têm o melhor saber teórico e prático para cuidar destes doentes. Verifiquei que um grande risco que estes doentes apresentam é de sofrerem uma PCR. Por este motivo, e tal como nos refere o European Resuscitation Council (2010), para além de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, o enfermeiro deve ter consciência que no ambiente intra-hospitalar a maior parte das PCR não são imprevistas, nem súbitas e que, anteriormente, verifica-se um deterioração fisiológica progressiva prévia do seu estado.

O mesmo autor refere que para evitar a PCR, para além de os doentes serem tratados em áreas apropriadas com níveis de cuidados proporcionais à gravidade da doença, é que importante que sejam feitas observações regulares, ou seja que os doentes tenham um plano de monitorização dos sinais vitais e de cuidados em função do seu estado e do risco de deterioração ou PCR. Considero que o SU-HNM dispõe dos espaços físicos para vigiar estes doentes (SO e SCE), mas não dispõe dos recursos materiais pois nem todas as unidades dos doentes têm monitor e, alguns destes, não é possível monitorizar todos os parâmetros. É objetivo do Serviço adquirir novos monitores, o que certamente vai contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Notei que em alguns doentes, com algumas patologias específicas, o fator tempo é fundamental para prevenir complicações/ falência orgânica e o risco de PCR/ morte, ou

seja, a intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico. Falo dos doentes com suspeita de AVC, doença coronária, sepsis e vítimas de trauma. De forma a otimizar todo o atendimento a estes doentes, foram criadas as Vias Verdes.

De facto, as "Vias Verdes" na Saúde surgiram da necessidade de prestar cuidados, em tempo útil, a pessoas em situações clínicas específicas que são responsáveis por uma grande morbilidade e mortalidade. São uma estratégia organizada para a avaliação, encaminhamento e tratamento mais adequado destas situações clínicas, nas etapas pré, intra e inter-hospitalares. Têm como objetivo melhorar as acessibilidades aos cuidados e permitir o início do tratamento mais rápido e eficaz, nas situações em que o fator tempo, é fundamental para a redução das complicações e da mortalidade que lhes são associadas (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009).

Qualquer doente que dê entrada no SU-HNM com suspeita de uma das patologias anteriores tem um atendimento imediato na SE, onde se encontram destacados todos os turnos, três enfermeiros e uma equipa médica. O enfermeiro especialista é um destes elementos pois possui conhecimentos e habilidades específicas no tratamento destes doentes, baseados nos protocolos e *guidelines* mais recentes.

Cabe também ao enfermeiro especialista trazer às equipas novos conhecimentos, normas e alertar para novas atualizações dos protocolos e *guidelines* para que possam abranger o maior número de doentes que beneficiam desses cuidados. Neste âmbito, pude discutir com a equipa de enfermagem e médica às *guidelines* mais recentes da *American Heart Association* e a da *American Stroke Association* sobre os critérios para realização de trombólise. Estas associações internacionais consideram um grupo de utentes que podem ser submetidos a tratamento fibrinolítico num período de tempo entre às três e às quatro horas e meia desde que não possuam determinados critérios de exclusão (Adams, et al., 2013). Tal constatação aumenta o leque de doentes que podem realizar este tratamento. No entanto, tais critérios ainda não são aplicados no SU-HNM, em conversa com a equipa apercebi-me que tal não acontece por falta de recursos humanos e não atualização do protocolo, mas é um objetivo futuro da instituição. Assim, os critérios que prevalecem para ativação da Via Verde do AVC são essencialmente três, conhecidos como os "3F's": alterações na fala, face e força. Os candidatos a trombólise devem de ter as seguintes condições: idade inferior a 80 anos, início de sintomas há menos de 3 horas e sem dependência prévia (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007).

De acordo com o Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro da OE, enfermeiro especialista faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando as suas

respostas. Por tal, reparei que desde a entrada no SU, no momento em que está ser feita a triagem, que muitos dos utentes que recorreram ao SU tinham como principal queixa a dor. Existem muitos discriminadores relacionados com as queixas álgicas (dor, dor que irradia para o ombro, dor pré - cordial, dor pleurítica, dor nas articulações em movimento, dor moderada, dor severa, entre outros). Em muitos dos fluxogramas, o enfermeiro tem que obrigatoriamente avaliar a dor para progredir nos discriminadores e determinar o mais correto. Assim, o discriminador dor tem uma grande influência na definição do grau de prioridade.

Avaliar a dor na triagem é um processo difícil e isto vai ao encontro com a opinião do Grupo Português de Triagem (2002), quando refere que avaliar a dor na triagem é difícil pois podem surgir inúmeras situações: o utente que realmente tem dor, aquele que se sente pressionado a dizer que tem dor para justificar a sua ida a urgência e aquele que agrava a sua dor para ser classificado numa prioridade mais elevada, pensando que isso vai resultar num tratamento mais rápido. Desta forma, avaliar a dor na triagem é um processo que exige perícia, características que também são exigidas ao enfermeiro especialista.

A dor foi considerada o quinto sinal vital e passou a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados. O controlo da dor é um direito humano fundamental e universal. Pelo que bastariam questões éticas para o doente exigir o seu controlo pois a dor não é inofensiva para a sua saúde. Em termos científicos ainda não foi demonstrado qualquer argumento que demonstre que deixar evoluir ou agravar a dor tenha qualquer benefício para o doente (Batalha, 2016).

A maior parte dos turnos foram passados no SO e na SCE e notei que a avaliação da dor é uma preocupação da grande maioria dos enfermeiros. Quando um utente referia dor era explorado junto do utente a descrição das características da dor, os fatores de alívio e de agravamento. Algumas vezes o doente associava a dor à sua patologia, demonstrando conhecimento e entendimento sobre a doença, outras vezes não compreendia o porquê da dor e era necessário explicar. Era tentado perceber como a pessoa expressava a sua dor, se existiam sintomas associados e se já tinha tido uma dor semelhante no domicílio e quais eram as medidas farmacológicas ou não farmacológicas que tinham surtido efeito.

Escolher o instrumento da avaliação da dor não é fácil. A escolha depende do tipo de dor, idade, situação clínica, facilidade de aplicação, entre outros aspetos. Deve-se no entanto privilegiar a auto - avaliação da dor após assegurar a compreensão das escalas antes da aplicação. Após o uso de uma escala, devesse manter sempre a mesma em todas as avaliações, a não ser que a situação clínica justifique a sua mudança. Deve ser também

garantido a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As escalas mais usadas no SU foram a escala qualitativa, solicitando ao utente que classifique a intensidade da sua dor, de acordo com os adjetivos: "sem dor", "dor ligeira", "dor moderada", "dor intensa", "dor máxima": e a numérica, apesar de não ser mostrado ao utente nenhuma régua, mas é questionado ao utente qual a intensidade da sua dor, sendo que 0 corresponde a classificação "Sem dor" e o 10 a classificação "Dor máxima".

De facto, a avaliação da dor fundamenta as intervenções dos enfermeiros no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não descrição e quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos (Batalha, 2016).

O mesmo autor refere que a avaliação da dor é uma atividade que faz parte das funções e obrigações dos enfermeiros por ser fundamental na excelência dos cuidados de saúde. Atualmente não bastam apenas razões éticas para uma avaliação, prevenção e tratamento da dor, pois para além das pessoas terem o direito de não sofrer, fatores psicológicos e fisiológicos resultantes do quadro de dor não tratada, sociais e económicas (por exemplo: abstinência ao trabalho, elevados custos da medicação analgésica) fazem com que sejam um alvo de atenção na área da saúde.

Notei no SU, que apesar de ser feita uma boa avaliação da dor, os registos de enfermagem sobre a mesma são reduzidos, limitando-se ao registo da escala escolhida, da intensidade, localização, a medida farmacológica ou não farmacológica instituída e a eficácia da mesma. Partilhei este facto com a enfermeira tutora e o chefe de equipa e já era um problema já identificado pelos enfermeiros e a escassez de tempo para dedicar aos registos de enfermagem foi a justificação fornecida.

A temática da dor foi alvo de preocupação ao longo do estágio, pois avaliar e tratar a dor nem sempre é fácil. Lembro-me perfeitamente de alguns desabafos feitos por colegas do SU-HNM sobre as dificuldades sentidas, principalmente no doente com dor crónica. Com o objetivo de aprofundar competências nesta área procurei fazer pesquisa nesta área e encontrei um artigo intitulado: *"Emergency Department Staff Attitudes Toward People Presenting in Chronic Pain: A Qualitative Study"* cujo principal objetivo era explorar em profundidade as atitudes dos profissionais do departamento de emergência (a maioria dos participantes eram enfermeiros) em relação aos doentes com dor crónica (Brook, Gauntlett-Gilbert, Jordan, & Rodham, 2015).

As conclusões do estudo foram que os doentes com dor crónica frequentemente recorrem aos departamentos de emergência. Os sentimentos de frustração e impotência eram frequentes nos profissionais de saúde pois sentiam que havia uma clara diferença entre aquilo que os doentes desejavam receber e aquilo que os profissionais de saúde podiam oferecer. Uma das preocupações da equipa estava relacionada com a alteração do regime terapêutico que normalmente é complexo no doente com dor crónica e os problemas que essa mudança podia causar ao doente. Foram detetadas algumas atitudes estigmatizantes e de evitamento, mas também atitudes de empatia e simpatia para com as pessoas com dor crónica, reconhecendo às dificuldades vividas por estes doentes e lamentando as poucas respostas dadas pelo departamento a este problema (Brook, Gauntlett-Gilbert, Jordan, & Rodham, 2015).

Os profissionais do estudo anterior fazem diversas sugestões para a melhoria do atendimento global do doente com dor crónica, nomeadamente que os serviços de saúde básicos esclareçam os objetivos de atendimento do departamento de emergência, uma melhor coordenação multidisciplinar no atendimento a estes doentes e planos de assistência específicos e dirigidos às pessoas com dor crónica. Tais resultados deixam-me desperta para estas situações de elevada complexidade.

Procurei também fazer formação sobre esta temática de forma a aprofundar esta competência do enfermeiro especialista. Participei em dois *workshops* sobre a temática da dor que foram realizados no âmbito do vigésimo quinto aniversário do Centro Multidisciplinar de Medicina da Dor do Hospital Dr. Nélcio Mendonça: "Avaliação da Dor" e "Comunicação e Dor".

O SU é um ambiente específico de cuidados onde grande parte das situações de doença são graves e a vida da pessoa poderá estar em risco, no entanto as necessidades fisiológicas não devem se sobrepor às restantes. Pelo que, cabe ao enfermeiro especialista atender não só ao bem-estar físico, mas também ao psicológico, social e espiritual.

Pude gerir a relação terapêutica de forma a reduzir o impacto negativo da situação de doença crítica no doente e na família e desenvolver competências na gestão da ansiedade e dos medos vividos pela pessoa em situação crítica ou falência orgânica, indo de encontro com o que se espera do enfermeiro especialista. Inclusive, elaborei uma reflexão sobre estas temáticas ao longo do estágio baseando-me em experiências vividas e no artigo de Galvão, Novo e Rodrigues (2014) sobre a relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no SU. Recordando a mesma:

"O cuidar humano em situações críticas, onde o risco de falência orgânica ou de morte é elevado, faz-se de pequenas coisas. Simples palavras podem confortar, transmitir força, coragem e otimismo. O toque, no momento certo e oportuno é de extrema importância e valor. O olhar empático demonstra ao utente que o reconhecemos como uma pessoa única e singular. O simples facto de estar presente pode transmitir sentimentos de segurança, esperança e fortalecimento da relação de ajuda. Proporcionar um ambiente com privacidade reduz o medo do desconhecido e a despersonalização dos cuidados. Reconhecer que o doente está inserido num ambiente social e familiar, atendendo a multiculturalidade, permitindo a presença e o envolvimento da família promove mais segurança ao doente e reduz os sentimentos negativos."

Verifiquei que a família, desempenha um papel fundamental, para reduzir os sentimentos negativos do doente. No SU-HNM, é permitido a presença de uma acompanhante, mas apenas em alguns espaços físicos. Também são permitidas visitas aos doentes que se encontram em observação ou a aguardar vaga num determinado serviço. Tal facto está de acordo com a Lei n.º 15/2014 de 21 de março da Assembleia da República onde é salvaguardado o direito ao acompanhamento da pessoa doente: "Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço."

No entanto, senti que cuidar do doente no SU na presença de acompanhantes nem sempre é fácil pois o doente necessita de diversos cuidados e nem sempre é possível responder às solicitações e necessidades das pessoas que o acompanham. Tais factos estão de acordo com algumas das conclusões da dissertação de mestrado de Chambel (2012), quando menciona que a presença da família interfere no processo de cuidado, podendo ser facilitador ou constrangedor. É facilitador porque promove o bem-estar da pessoa doente e do familiar/ acompanhante e facilita a eficácia do desempenho profissional. É constrangedor porque os enfermeiros consideravam ter pouca formação nesta área; os acompanhantes têm pouca informação sobre os seus deveres e, alguns, pouca formação cívica e comportamento desadequado; e os aspetos orgânico-funcionais como a sobrecarga de trabalho e a estrutura física influenciam negativamente os cuidados ao familiar.

As estratégias desenvolvidas para fazer face aos constrangimentos decorrentes da presença dos familiares são a adequação do ambiente, criando condições mínimas de privacidade e respeito, e a comunicação assertiva (Chambel, 2012).

Refletindo sobre a comunicação, esta assume um papel primordial em qualquer relação, "é um processo de criação e de recriação da informação, de troca, de partilha, e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. (...) Por seu intermédio,



chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas por outra pessoa (...) " (Phaneuf, 2005).

No que confere à intervenção junto família, os principais objetivos são ajudá-los a vivenciar este momento penoso, compreender os problemas de saúde que surgiram e ajudar a enfrentá-los. As principais intervenções junto desta são fornecer apoio psicológico de forma a reduzir a ansiedade, o *stress*, o medo, os sentimentos de impotência e de culpabilidade e os conflitos internos e incentivar a participação nos cuidados de forma a se desculpabilizarem e não se sentirem inúteis; e educar de forma a promover a adaptação ao problema de saúde do membro da família, preparar os mais próximos na substituição da prestação de cuidados no domicílio e preparação para uma má notícia (Phaneuf, 2005).

De facto, numa situação de urgência/ emergência, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos sobre técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação e adaptar a mesma à complexidade do estado de saúde do doente, tal como está descrito no Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro da OE.

#### 1.2.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação

De acordo com a Lei n.º 27/2006 de 3 de julho da Assembleia da República, a catástrofe é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida em determinadas áreas ou na totalidade do território nacional.

De acordo com o Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho da OE a Emergência multi-vítimas envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e por consequência a prática de cuidados de saúde. Tal situação exige um conjunto de procedimentos médicos com o propósito de salvar o maior número de vidas, proporcionar o melhor tratamento às vítimas efetuando o melhor uso dos recursos disponíveis.

Ao longo do estágio, propus-me a conhecer o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira que foi elaborado para enfrentar a generalidade das situações de emergência no âmbito territorial e administrativo da Região. Neste, está bem definido a missão dos agentes da proteção civil, de onde faz parte o Serviço de Saúde da Região (Serviço Regional de Proteção Civil IP-RAM, 2014).

No que se refere ao Plano de Segurança do Hospital Nélio Mendonça e Núcleo de Apoio este está a ser elaborado atendendo às orientações da ACSA. Já foi concluída a primeira fase (levantamento) onde foi executado o levantamento das instalações e das medidas de autoproteção, identificado o tipo de utilização e de risco de cada compartimento de cada zona e feito o levantamento de efetivos por cada compartimento e cada zona. No que se confere à segunda fase (projeto), já foram atualizadas as plantas, executado o projeto de adaptação das medidas de autoproteção às plantas de arquitetura, à legislação em vigor, faltando elaborar o plano de emergência interno.

O SU-HNM dispõe de um Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas, elaborado no ano de 2008 pelo diretor e enfermeira chefe do SU. Este contempla três níveis, consoante o número de vítimas (Nível 1 - 10 a 30 feridos, Nível 2 - 31 a 60 feridos e Nível 3 - mais do que 60 feridos). Em cada nível existem princípios e orientações gerais de organização que devem de ser de conhecimento de todos os profissionais de saúde pois, qualquer profissional de saúde pode ser solicitado a comparecer no SU e a colaborar nos cuidados numa situação de catástrofe.

Notei ainda que o sistema de Triagem de Manchester, implementado no SU-HNM contempla dois fluxogramas dirigidos às situações de catástrofe e são eles: catástrofe - avaliação primária e catástrofe - avaliação secundária (Grupo Português de Triagem, 2002). Estes fluxogramas ajudam os enfermeiros a triar as vítimas da catástrofe e que foram encaminhadas para o SU após terem sido submetidas a minha primeira triagem (triagem extra-hospitalar) no local da ocorrência. Permite atribuir um nível de prioridade de forma rápida e encaminhar para a área de tratamento mais adequada.

Por fim, considero que a aquisição de conhecimentos nesta competência específica é uma das chaves para uma boa assistência de enfermagem nestas situações de elevada complexidade.

1.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

De acordo com Ferreira, Marques, Matos e Pina (2010), os cuidados de saúde modernos, caracterizados pelos avanços tecnológicos e terapêuticos, trouxeram ganhos em saúde nomeadamente o tratamento para doenças até então incuráveis e o aumento da

esperança média de vida. No entanto, os riscos associados a esses ganhos, também aumentaram, particularmente o risco de contrair uma infeção. Assim, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema de saúde grave por causar uma elevada morbilidade, mortalidade e estar associado às mesmas, custos de saúde elevados.

Segundo o mesmo autor, o risco de transmissão existe em todos os momentos da prestação de cuidados. Fatores como a sobrelotação, a ausência de pessoal dedicado apenas aos utentes infetados e/ou colonizados, as transferências frequentes de utentes entre serviços e instituições de saúde e utentes críticos internados em unidades específicas, contribuem para o aumento do risco de transmissão cruzada de IACS.

Analisando o ambiente do SU onde realizei estágio, considero que dispõe de todas estas características e por este motivo é um serviço onde há um risco acrescido de transmissão cruzada de microrganismos. Observei que a maior parte das vezes estava sobrelotado, com diversas camas e cadeiras de rodas no corredor. Os utentes estão em frequente circulação, normalmente para realização de exames auxiliares de diagnóstico.

No SO e na SCE, devido a constante movimentação de utentes (entradas e saídas), não é possível fazer a corte de utentes ou a coorte de profissionais, mas dispõem de cortinas que separam cada unidade de utente, apesar de não ser o método mais recomendado para tal. O enfermeiro está constantemente a "improvisar" no SU, de forma a garantir a assepsia nos procedimentos de enfermagem. Os princípios estão presentes e cabe ao enfermeiro especialista que estes sejam comprimidos, independentemente do contexto.

Também verifiquei que um dos cuidados que cada vez mais é fonte de preocupação dos profissionais de saúde do SU é o uso apropriado de antimicrobianos, havendo o cuidado de obter a colheita do produto biológico para exame microbiológico antes de iniciar o antibiótico e prescrever antibióticos em doses adequadas e em intervalos corretos.

De facto, a prevenção e controlo das infeções e as resistências aos antimicrobianos é um objetivo estratégico do PNSD 2015-2020 e cabe ao enfermeiro especialista conhecê-lo e dá-lo a conhecer, cumpri-lo e fazê-lo cumprir. De acordo com o Despacho n.º 1400-A/ 2015 de 10 de fevereiro do MS: "As IACS dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis" (p.9).

O mesmo Despacho estipula uma série de metas para o ano de 2020. De forma a atingir às mesmas, devem de ser desenvolvidas ações que são da responsabilidade do

Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), entre elas: monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos e reportar anualmente à Direção-Geral da Saúde (DGS) os resultados das monitorizações realizadas.

O PPCIRA é uma fusão do Programa Nacional de Controlo de Infecção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Segundo o Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro do MS, os objetivos gerais deste programa prioritário são, assim, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Na Região Autónoma da Madeira existe um grupo coordenador regional de prevenção e controlo da infeção, intitulado Grupo de Coordenação do PPCIRA, que faz a articulação entre Hospitais, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados e outras entidades prestadoras de cuidados, de modo a promover uma maior colaboração e comunicação interinstitucional, numa perspetiva de juntar esforços, recursos e saberes nesta área, bem como de partilha de responsabilidade na segurança clínica e melhoria da qualidade dos cuidados.

Cessado este capítulo, assumo que as competências aprofundadas/ adquiridas ao longo do estágio de urgência foram inúmeras e que contribuíram para dar longos passos no percurso de construção de competências na área da enfermagem médico-cirúrgica. No próximo capítulo continuo o meu percurso, mas no contexto de Cuidados Intensivos (CI).

## **CAPÍTULO II: CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA NO CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS**



O ambiente de CI é determinado pela tecnologia e facilmente dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida. Por este motivo, a atenção foca-se essencialmente nos tratamentos necessários para manter a estabilidade fisiológica do doente. No entanto, o verdadeiro Cuidar em CI exige que os enfermeiros também se concentrem nos aspetos psicossociais e espirituais. Assim, o cuidar holístico foca-se na integralidade humana e salientam que o corpo, a mente e o espírito formam um todo, interdependentes e inseparável (Urden, 2008).

O Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro da OE acrescenta ao autor anterior que numa "situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas" (p.1), pois a resposta em tempo útil e o cuidar holístico assume igual relevância.

Refletindo sobre o conceito de competência clínica, mencionado no parágrafo anterior, este inclui o enfermeiro, a ação e o quadro onde se desenrola. O enfermeiro deve ter a capacidade de mobilizar um conjunto de talentos, como a escuta, a empatia, a observação, a intuição, a capacidade de análise e de síntese, bem como os conhecimentos e habilidades técnicas, organizacionais e relacionais, para fazer face a um determinado problema. Deve ser capaz de saber agir, saber mobilizar capacidades e conhecimentos, saber selecionar, integrar e mobilizar os mesmos (Phaneuf, 2005).

O mesmo autor refere que, a competência não é a ação em si mesma, mas a capacidade de discernimento nas situações críticas, a apreensão imediata da complicação, a rapidez da decisão e do gesto que tornam a sua ação eficaz e eficiente. Possui igualmente a capacidade de se adaptar, antecipar, planificar, detetar os riscos e evitar os erros.

Ao reler os parágrafos anteriores não posso deixar de me recordar recorrentemente do Modelo Teórico de Enfermagem de Patrícia Benner. Esta descreveu a aquisição de competências enquanto um fenómeno evolutivo. Considero que o quinto estágio, perito, é aquele quer qualquer enfermeiro tem a ambição de alcançar. Neste nível, a ação é menos analítica, mais sintética e mais intuitiva. A sua experiência permite-lhe tomar decisões rápidas e seguras e a sua criatividade é usada para resolver problemas e fazer face à urgência ou à complexidade de determinadas situações (Benner, 2001).

Bener, Hooper-Kyriakidis e Stannard (1999) referidos por Brykczynski (2004) no trabalho *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement and Ethics*, identificaram nove domínios da prática de enfermagem de CI: diagnosticar e gerir as

funções fisiológicas básicas em doentes instáveis; o *know-how* competente de gestão de uma crise; providenciar medidas de conforto para os doentes em estado crítico; cuidar das famílias dos doentes; prevenir os acidentes num ambiente tecnológico; enfrentar a morte: cuidados de fim de vida e tomada de decisão; comunicar e negociar múltiplas perspetivas; monitorizar a qualidade e gerir a falha; o *know-how* competente de liderança clínica e o treino e a orientação de outros.

Analisando os domínios anteriores e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, consigo reconhecer uma clara simbiose entre ambos. Por tal considero este modelo fundamental na área da enfermagem médico-cirúrgica, especialmente nesta área.

Com a finalidade de desenvolver/ aprofundar competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica no contexto de CI realizei um estágio no SMI-HNM. Este decorreu no período entre 06 de junho e 10 de julho de 2016, perfazendo um total de 250 horas: 130 horas de estágio, 10 horas de orientação tutorial e 110 horas de trabalho individual.

O SMI - HNM é constituído por duas unidades: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) 1 que está situada no andar técnico e a UCIP 2 que está localizada no primeiro piso, na sala 10. Tem uma lotação de 11 camas. A equipa é constituída por 10 médicos, 54 enfermeiros (16 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica), 10 assistentes operacionais e uma assistente administrativa. Tem como missão a gestão do doente crítico a nível hospitalar, ou seja, dentro e fora da UCI, estando presente na SE sempre que é solicitado, e assume a responsabilidade da emergência intra-hospitalar.

Dados estatísticos fornecidos por elementos da equipa multidisciplinar referentes ao ano de 2016 e que ainda não se encontram publicados, indicam que foram internados cerca de 554 doentes, o que nos indica uma média de 1,48 internamentos por dia. A maioria dos doentes têm mais do que 60 anos e as patologias cardiovasculares, respiratórias e neurológicas foram às mais frequentes.

Após o breve enquadramento do local de estágio, passo então a analisar de forma reflexiva as competências adquiridas/ desenvolvidas neste contexto.



## **2.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Contexto de Cuidados Intensivos**

Segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns; estas são aplicáveis em diversos ambientes de cuidados e em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Para além do descrito no capítulo anterior, esta competência inclui as dimensões da educação do cliente e dos seus pares, de orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de basear os seus cuidados em investigação relevante, disseminando a mesma, em prol de uma melhor e mais avançada prática de enfermagem. São estas competências, que adquiri e aprofundei ao longo do estágio, que pretendo demonstrar através da reflexão e análise das situações vivenciadas.

### **2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Neste domínio prevê-se que o enfermeiro especialista demonstre um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, indo de encontro ao descrito no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE.

Por tal, considero que a reflexão ética em CI assume indispensável importância pois a vulnerabilidade associada ao carácter crítico e complexo das situações de doença dos doentes, a existência de tecnologia cada vez mais sofisticada e avançada, a filosofia enraizada nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) assente no pressuposto "salvar vidas" e a rapidez necessária nas tomadas de decisão faz com que os problemas éticos sejam constantes. Perante tais situações, o enfermeiro deve demonstrar competência profissional que se caracteriza como o juízo e a ação sensata em situações complexas e únicas, lidando com áreas onde não se aplicam soluções comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Enquanto no contexto de urgência, as questões éticas que necessitei de aprofundar estavam relacionadas com a humanização dos cuidados, a privacidade e a intimidade e o processo de tomada de decisão numa situação de urgência/ emergência, onde o fator tempo é crucial, no contexto de CI, as principais reflexões que me permitiram aprofundar competências neste domínio foram sobre o respeito pela autonomia do doente e o processo de tomada de decisão em CI.

Inicialmente surgiram incertezas sobre como conhecer e respeitar as vontades dos doentes que se encontram em estado crítico, normalmente sob efeito de sedação e incapazes de participar ativamente no processo de decisão.

A OE (2015) menciona que o princípio do respeito pela autonomia refere-se a liberdade de ação com que cada pessoa escolhe, ou seja, a capacidade de decidir e agir consoante os planos que determinou para si. Significa reconhecer que a pessoa é um fim em si mesma, capaz de se autogovernar e de tomar decisões. Por tal, no uso da sua autonomia, a pessoa, através do consentimento informado, pode participar ativamente no processo de cuidados, dando ou seu consentimento ou recusando o mesmo, acarretando novas redefinições do processo de cuidados. O direito de revogar o consentimento em qualquer momento está consagrado no Artigo 8.º da Carta dos Direitos do Doente Internando e no Artigo 5.º da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. O Artigo 6.º da mesma Convenção determina que se um adulto por motivo de doença for incapaz de consentir uma intervenção, esta não poderá ser efetuada sem autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. Importa também mencionar o Artigo 9.º onde está descrito que a vontade anteriormente manifestada deve ser respeitada pela equipa de profissionais quando o doente não se encontra em condições de expressar as suas intenções.

No que se refere ao processo de tomada de decisão, quando o doente está incapaz de decidir, os mecanismos de substituição permitem assegurar que as decisões sejam tão próximas quanto possível do que o doente decidiria, ou assegurar que as decisões tomadas foram do melhor interesse do doente. Mesmo em situações em que os doentes não podem participar na decisão, continuam a fazer parte do processo, respeitando os seus desejos previamente manifestados. O doente pode confiar as suas intenções a um familiar, amigo ou outra pessoa de confiança de modo a que possa dar testemunho e transmitir as suas vontades quando oportuno. O doente também pode escrever as suas diretivas antecipadas de vontade ou conceder poderes de procuração a um terceiro. No entanto, todo este processo só pode adquirir uma dimensão coletiva quando o doente não está consciente ou capaz de nele participar (Conselho da Europa, 2014).

Em Portugal, a Lei nº 25/2012 de 16 de julho da Assembleia da República regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação do procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

De facto, no SMI-HNM era tentado saber, junto dos familiares e amigos mais próximos do doente, quais as vontades do doente perante determinada situação. Recordo uma situação vivenciada ao longo do estágio que passo a descrever: um doente com 70 anos e de nacionalidade alemã tinha sofrido um traumatismo-craniano grave e a sua situação de doença estava cada vez mais instável. Era importante decidir se, em caso de PCR, o doente seria reanimado. Após conversar com os filhos do doente, que vieram do seu País para acompanhar o pai nesta situação de doença, tivemos conhecimento que o doente não tinha a vontade de ser reanimado em caso de PCR e que, inclusive, no seu País tinha uma diretiva antecipada de vontade onde tinha expresso isso mesmo. Face a ocorrência da situação foi respeitada a sua vontade.

A experiência descrita no parágrafo anterior e outras vivenciadas fizeram-me refletir sobre a diferença entre abstenção e suspensão de tratamentos. Gonçalves (2006) refere que abstenção está relacionada com o não iniciar um tratamento e a suspensão está relacionada com o interromper o mesmo. Segundo o autor, a suspensão causa mais sofrimento aos profissionais de saúde e familiares porque está diretamente associada à morte, enquanto a abstenção está associada à evolução natural da doença.

Na área da saúde, há muitas situações que causam incertezas nos profissionais, em que é não é possível determinar o benefício ou malefício que determinado tratamento pode ter. No entanto, a distinção entre não iniciar e interromper um tratamento por si só não é relevante. O importante é saber se este é benéfico depois de avaliados os prós e os contras que pode acarretar e, caso a decisão seja iniciar o tratamento, há que estar preparado para interrompê-lo caso não se releve benéfico para o doente (Gonçalves, 2006). Tal facto, está de acordo os princípios éticos em cuidados de saúde: o princípio da beneficência relacionado com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício; e o princípio da não maleficência, ou seja, não causar dano (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Também está relacionado com o artigo 3.º da carta dos direitos do doente internado quando refere que este tem direito a receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação mas também terminais e paliativos (Direção-Geral de Saúde, 2006).

Tal como referiu o autor anterior, a suspensão de um tratamento pode causar sentimentos negativos nos profissionais de saúde e levanta algumas questões éticas. Saraiva (2012), procurou identificar que aspetos éticos podem estar na base da decisão de suspender tratamentos extraordinários em UCI e identificar se a decisão de suspendê-los resulta em algum conflito legal e deontológico para os enfermeiros. Concluiu que os

enfermeiros consideram que os aspetos éticos estão presentes quando é decidido suspender o tratamento e estão mais direcionados para a qualidade de vida do que para a quantidade de vida. No que se concerne à qualidade de vida, as preocupações estão relacionados com o fim de vida sem sofrimento e no devido momento, não proporcionando tratamentos desnecessários e traumatizantes. No que se concerne a quantidade de vida, os enfermeiros consideram que a idade do doente é importante na decisão, mas não é um fim em si mesmo. Decidir, tendo em consideração apenas à idade, sem considerar outros aspetos, pode configurar uma situação de distanásia, pelo que mais uma vez a qualidade de vida e os princípios éticos têm que fundamentar a tomada de decisão.

Por fim, a autora concluiu que o facto de a decisão estar descrita em diário clínico, como aspeto legal, consolida a aceitação e o cumprimento da mesma por parte dos enfermeiros. O seu cumprimento não causa problemas de consciência, nem situações de objeção de consciência (Saraiva, 2012).

De facto, o enfermeiro tem o direito de recusar a prática de um ato da sua profissão quando tal prática entra em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária ou contradiga o descrito no seu código deontológico. Existe regulamento próprio sobre esta temática, nomeadamente o regulamento do exercício do direito à objeção de consciência (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Observei, ao longo do estágio de CI, que o envolvimento dos enfermeiros nos processos de tomada de decisão só apresenta vantagens pois são conhecedores de dados importantes sobre os doentes, como por exemplo: narrativas e experiências de vida, antecedentes de doença e as suas crenças. Apesar de nas UCI o doente se encontrar maioritariamente sedado e incapaz de comunicar, estes dados deverão ser obtidos nos diálogos que o enfermeiro estabelece com a família e os amigos mais próximos do doente. Cabe ao enfermeiro, em particular ao enfermeiro especialista, ser advogado do doente e respeitar e fazer respeitar os seus desejos, bem como os seus direitos enquanto doente e cidadão no seio da equipa multidisciplinar.

Esta reflexão sobre a suspensão de tratamentos assumiu-se como essencial para o aprofundar de conhecimentos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

É interessante verificar que, apesar de contextos diferentes (SU e CI), os problemas éticos com que me deparei perante o doente crítico vão de encontro com os descritos na literatura. Num artigo escrito por Nunes, no ano de 2015 e intitulado "Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica", a autora procurou identificar os problemas éticos que emergem da prática clínica

em situações críticas e complexas. A mesma concluiu que as principais preocupações éticas dos enfermeiros estavam relacionadas com a informação, o acompanhamento em fim de vida e a responsabilidade profissional em intervenções interdependentes. As temáticas mais frequentemente mencionadas foram as da decisão da pessoa (consentimento/ recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação, a atuação perante o processo de morrer e a decisão de não reanimação e o respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis. Identificou ainda fatores mediadores na gestão das dificuldades éticas: o suporte de liderança da equipa, o diálogo entre os diferentes profissionais que constituem a equipa, a adequação física e técnica dos locais de prestação de cuidados, o conhecimento do histórico do doente, a auto estima e a autoconfiança dos profissionais (Nunes, 2015b).

Considero que abarqueei estas temáticas nos estágios, algumas delas foram alvo de reflexão neste relatório e noutras, a reflexão foi feita em equipa informalmente.

### 2.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

Atendendo à diversidade dos problemas de saúde cada vez mais complexos e a exigência cada vez maior dos padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade nos Sistemas de Saúde e são reconhecidos como um elemento chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica, tal como é realçado no Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho da OE.

Por tal, o enfermeiro especialista deve deter conhecimentos sobre os padrões e indicadores de qualidade no contexto de CI. Começando pela realidade Europeia e estreitando posteriormente para a realidade Portuguesa importa referir que em 2012, a *European Society of Intensive Care Medicine* publicou um artigo sobre os indicadores de qualidade no cuidar do doente crítico. Foram selecionados nove indicadores com um consenso superior a 75% no grupo de 18 peritos da área. Destes, três indicadores são de estrutura: preenchimento de todos os requisitos para o tratamento de doentes críticos de acordo com lei vigente no país, disponibilidade do intensivista nas 24 horas e existência de um sistema de notificação de eventos adversos; dois indicadores são de processo: ronda diária multidisciplinar e a existência do procedimento standardizado na alta do doente; e quatro indicadores de resultado: taxa de mortalidade standardizada, taxa de readmissões após alta nas 48 horas, taxa de extubações não programadas e a taxa de infeções relacionadas com cateter venoso central (Azoulay, et al., 2012). Analisando estes

indicadores, considero que o trabalho do enfermeiro é determinante para atingir bons resultados principalmente nos indicadores de processo e de resultado.

Estreitando para a realidade portuguesa, tal como já referido no capítulo anterior, a OE elaborou um conjunto de Padrões de Qualidade que foram orientadores nos cuidados prestados ao doente crítico, quer no contexto de urgência, quer no contexto de CI, descritos no Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho da OE.

Por sua vez, quando se fala em qualidade em saúde, não se pode deixar de referir que um dos focos da ENQS 2015-2020 é o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio do MS). A acreditação tem como objetivo o reconhecimento público da qualidade atingida pelas organizações prestadoras de cuidados, fortalecer a confiança dos cidadãos e dos profissionais de saúde e fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e segurança, com uma adequada relação custo-benefício (Direção Geral de Saúde, 2009).

O mesmo autor refere que a segurança, as competências profissionais, a transparência de atuação, os requisitos de rigor técnico e científico na prestação de cuidados, os resultados dos processos de saúde e a perceção que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados são aspetos que são particularmente valorizados no modelo de acreditação em saúde.

Enquanto o SU-HNM está a aguardar o início da primeira fase do processo de acreditação, o SMI-HNM foi recentemente submetido à avaliação externa, tendo atingido o nível de acreditação Bom, tal facto deveu-se ao esforço de todos os profissionais de saúde que compõem a equipa. De facto, a qualidade, é uma preocupação de todos.

Notei ao longo do estágio que, tal como no SU, são tidos em consideração os objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020, divulgados no Despacho n.º 1400-A/ 2015 de 10 de fevereiro do MS. Tal como no SU, observei a necessidade de aumentar a segurança da comunicação, a segurança na utilização da medicação e a identificação inequívoca de doentes. Também pude verificar uma especial preocupação com os objetivos estratégicos relacionados com a prevenção da ocorrência de úlceras por pressão, a prevenção e controlo das infeções e a resistências aos antimicrobianos e assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.

Segundo o Despacho anterior, no que se refere à prevenção da ocorrência da úlcera por pressão, prevê-se que no final de 2020, 95% das instituições prestadores de cuidados de saúde implementem práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão

e que as instituições do Serviço Nacional de Saúde reduzam em 50%, face a 2014, o número de úlceras por pressão adquiridas na instituição.

A problemática das úlceras por pressão nas UCI é uma realidade. Um estudo realizado numa UCIP no Norte de Portugal e que incluiu 1014 pessoas, demonstrou uma prevalência de 19,3% e uma taxa de incidência de 11,4% (Morais, 2015).

O mesmo autor procurou identificar fatores determinantes da incidência e prevalência de úlceras por pressão na pessoa em situação crítica, numa UCI. Concluiu que vários fatores favoreceram o seu desenvolvimento: afigurou-se ser mais frequente no sexo masculino; nas pessoas com valores preditivos de alto risco na Escala de *Braden*; nos doentes com mais dias de internamento em UCI; com valores analíticos baixos de proteínas totais e de albumina e valores analíticos elevados de proteína C reativa; e nos doentes com tempos de perfusão de noradrenalina mais elevados.

Também concluiu que as pessoas com menor risco foram as que apresentaram menores índices de gravidade e as que tinham valores de hemoglobina mais elevados.

De facto, o desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa em situação crítica é multifatorial. Cabe ao enfermeiro especialista identificar os riscos e possuir conhecimentos e práticas para evitar esta complicação.

A DGS (2011) ressalva a necessidade de se aplicar a escala de avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão - Escala de *Braden*, nomeadamente a avaliação do risco nas primeiras seis horas após admissão do doente e a reavaliação do risco de 24 em 24 horas. De facto, a avaliação do risco é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O mesmo autor refere que os doentes com úlcera por pressão têm maior número de dias de internamento e readmissões, o que se traduz em maiores encargos financeiros para os sistemas de saúde. Mais do que tratá-las, preveni-las é o melhor caminho a seguir. Estas orientações, eram cumpridas no SMI-HNM.

Ao longo do estágio apercebi-me que um dos principais fatores que interferem com as medidas para a prevenção da úlcera por pressão é a instabilidade hemodinâmica do doente. Recordo-me de uma experiência em que foi necessário reposicionar o doente em decúbito dorsal logo após o término do posicionamento em semi-lateral esquerdo por ter apresentando aumento repentino da tensão arterial e da pressão intracraniana. No momento senti-me frustrada porque o doente apresentou descompensação mesmo com um posicionamento lento e gradual, considerando o tempo suficiente para estabilizar. Nestes

momentos, revestidos de alguma emoção, os colegas especialistas mais experientes fornecem algum conforto, partilhando experiências que também vivenciaram.

Quando a instabilidade hemodinâmica estava presente e os posicionamentos agravavam-na, investia fortemente nos cuidados com a pele, evitando posicionar o doente numa superfície corporal ruborizada, mantendo a pele limpa e seca utilizando um produto de limpeza com um pH equilibrado, limpando a pele após o episódio de incontinência e utilizando produtos de barreira nas zonas corporais mais húmidas. O reposicionamento era retomado logo que o doente apresentasse melhoria do seu quadro clínico.

Recordo-me de outra experiência vivida ao longo do estágio: uma doente apresentava eritema na zona da pele que estava em contacto o sistema da linha arterial; após observação da zona foi decidido removê-la pois foi notório que a alteração da pele era resultado da pressão deste dispositivo. Após vivenciar esta situação, fiquei mais desperta para a problemática das úlceras por pressão relacionadas com os dispositivos médicos.

No que se refere ao item da infeção e da resistência aos antimicrobianos, o SMI-HNM integra o projeto STOP Infeção Hospitalar promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian. Este tem como objetivo reduzir em 50% a incidência de infeções hospitalares, em doze hospitais, no período de três anos, baseado numa metodologia de melhoria contínua (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). Abordarei mais profundamente a temática da infeção hospitalar nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

No que se refere à notificação de incidentes de segurança, esta é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos e as fragilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio do MS). Fragata (2011) refere que a maior parte dos erros que acontecem no ambiente de CI podem ser evitados por iniciativas na área da cultura de segurança, reportando e analisando os eventos adversos, promovendo uma boa comunicação entre os elementos da equipa, usando *guidelines* e protocolos, entre outras medidas. Considero que estas medidas estão implantadas no SMI-HNM, pois para além da existência de *guidelines* e protocolos, existe uma política de auditorias aos cuidados e registos de enfermagem bastante patente e a comunicação interpares é favorecida e incentivada por todos, diminuindo a probabilidade de erro. Estes, tal como no SU, podem ser notificados na intranet do SESARAM E.P.E.

As questões de segurança do doente crítico ultrapassam o espaço físico de uma UCI. O doente, normalmente tem que realizar exames complementares de diagnóstico/



terapêutica que não são efetuados no serviço onde se encontra internado ou ser transferido para outra unidade do hospital (o bloco operatório, serviço de medicina hiperbárica, entre outros). Apesar de as experiências vivenciadas de transporte intra-hospitalar do doente crítico terem corrido bem, apercebi-me que este não está isento de eventos adversos, pelo que cabe ao enfermeiro especialista conhecê-los de forma a minimizá-los.

Num estudo realizado por Chiavone e Zuchelo (2011) sobre o transporte intra-hospitalar de doentes sob ventilação invasiva e as suas repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos, os autores concluíram que ocorreram eventos adversos em 39,3% dos transportes e os eventos adversos relacionados com o doente foram os mais comuns (85,8%), nomeadamente as alterações hemodinâmicas cardiorrespiratórias, sendo as mais frequentes as alterações da pressão arterial sistólica em 20mmHg, alteração da pressão arterial diastólica em 20mmHg, diminuição da PaO<sub>2</sub>, diminuição da PaO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub> e variação do pH. Foram também relatadas falhas dos diversos equipamentos usados no transporte (7,1%) e falhas atribuíveis à equipa de transporte - tração do acesso venoso, da sonda nasogástrica, não abertura da válvula de oxigénio, entre outros (7,1%).

Noutro estudo, Frias e Lopes (2014) procuraram saber a perceção dos enfermeiros relativamente à frequência dos eventos adversos no transporte do doente crítico ao nível intra e inter-hospitalar. Os resultados demonstraram que os eventos adversos percecionados nos transportes intra e inter-hospitalar são os mesmos, embora menos frequentes nos transportes intra-hospitalar. As falhas no fornecimento de oxigénio, falhas no equipamento de ventilação e às falhas no equipamento de monitorização, foram as ocorrências mais relatadas.

Comparando o estudo de Chiavone e Zuchelo (2011) com o de Frias e Lopes (2014), os resultados foram diferentes mais igualmente importantes, pois alertam o enfermeiro especialista para a possibilidade de ocorrência de erros relacionados com as falhas do equipamento, falhas da equipa de transporte e eventos adversos relacionados diretamente com o doente.

Relembro o primeiro transporte intra-hospitalar do doente crítico que realizei conjuntamente com a minha tutora e o médico responsável pelo doente. Inicialmente foi necessário conectar o doente ao ventilador e ao monitor de transporte, colocar o ventilador manual e as seringas infusoras com a medicação que não pode ser interrompida em cima da cama do doente e verificar se a mala de transporte contém a medicação que poderá ser usada em caso de urgência. Sair do controlo e do conforto da Unidade com o doente em

situação crítica, sedado e ventilado, gerando sentimentos de ansiedade mas que foram rapidamente ultrapassados pois o transporte decorreu sem interferências.

Refletindo sobre a preparação do transporte realizado, considero que está de acordo com as recomendações específicas para o transporte do doente crítico que existem em Portugal desde o ano de 2008. Nestas são fornecidas instruções sobre os profissionais que acompanham o doente, o equipamento e a monitorização necessários durante o transporte. No que se refere ao primeiro item, o ideal é que seja o enfermeiro responsável pelo doente mas com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos e o médico. No que se refere aos equipamentos é recomendado o uso de um monitor de transporte com alarmes, material de entubação endotraqueal, fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, entre outros. A monitorização obrigatória: monitorização contínua com registo periódico, frequência respiratória, FiO<sub>2</sub>, oximetria de pulso, ECG contínuo, frequência cardíaca, pressão arterial (não invasiva), entre outros (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

De facto, o transporte do doente crítico é um procedimento frequente mas que representa um risco adicional, pelo que devem ser ponderadas as vantagens/ desvantagens do transporte para o doente e, em caso de efetivação do transporte, deve ser mantidos o mesmo grau de vigilância, de intervenção e de equipamento disponível na UCI. As recomendações anteriores são práticas e úteis no transporte do doente crítico e promovem a segurança do doente e também dos profissionais de saúde.

Por fim, gostaria de realçar que a detenção de conhecimentos sobre a temática da qualidade e aplicação de diversas diretrizes na área da segurança do doente promoveram a minha aquisição de competências neste domínio comum.

### 2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados integra diversas unidades de competência, desde o processo de cuidados, a delegação de tarefas, o trabalho em equipa e os estilos de liderança. Para melhor desenvolvê-las considere importante conhecer o nível de cuidados prestados no SMI-HNM. Assim, e atendendo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, enquadro o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) no Nível III pois tem um quadro próprio médico e de enfermagem; acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; dispõe e implementa medidas de

controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em CI (Direção de Serviços de Planeamento e DGS, 2003; Coutinho et al, 2016).

Analisando as recomendações técnicas básicas para instalações de UCI e não pretendendo fazer uma descrição exaustiva da estrutura e espaço físico da UCI, considero que seria pertinente a existência de um espaço físico próprio para a preparação das visitas e uma sala de espera para as mesmas. Atualmente as visitas aguardam no corredor, ao pé da porta de entrada da unidade, num espaço que é comum a todo o hospital. A pertinência deste espaço é significativa, principalmente nos momentos de maior *stress* e tensão em que a família necessita de mais privacidade (Unidade de Instalações e Equipamentos da Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

As recomendações criadas em Portugal para o desenvolvimento dos serviços/unidades de CI remontam ao ano de 2003 e nestas estão definidos requisitos mínimos de profissionais, deste modo, nas UCI de nível III é recomendada a presença física de um médico qualificado nas 24 horas e de um enfermeiro com treino específico por cada duas camas nas 24 horas (Direção de Serviços de Planeamento & Direção Geral da Saúde, 2003).

Porém, ao longo da minha pesquisa, notei que em 2011 a *European Society of Intensive Care Medicine* elaborou novas recomendações estruturais e de organização básicas para as UCIs. (Ferdinande & Valenti, 2011) Nestas, é aconselhado que o rácio enfermeiro/ doente seja determinado consoante o nível de cuidados de cada doente (LOC - *level of care*). Assim, mais do que camas adequadamente equipadas, o importante para determinar o rácio é o LOC de cada doente. Numa UCI podem coexistir doentes com vários LOC. Para um LOC de nível III (nível de cuidados mais elevado) é recomendado um rácio de um enfermeiro para cada doente. Também são sugeridos rácios de um enfermeiro para cada dois doentes se LOC de nível II ou um enfermeiro para cada três doentes se LOC de nível I (menor nível de cuidados) (Ferdinande & Valenti, 2011).

Também, a OE criou o Regulamento 533/2014 de 2 de dezembro onde define normas para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem e recomenda que nas UCI de Nível III, o rácio enfermeiro/doente seja de um enfermeiro para cada doente.

NO SMI-HNM é utilizado a ferramenta *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) para realizar uma boa gestão dos recursos de enfermagem, atendendo à carga de trabalho. O TISS-28 é um sistema que classifica a gravidade do doente, quantificando às intervenções e os procedimentos a que é submetido. Este *score* baseia-se na premissa de que, independentemente do diagnóstico, quanto mais procedimentos o doente recebe,

maior é a gravidade da doença e, consequentemente, maior o tempo despendido pelo enfermeiro nos cuidados. É composto por sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico e metabólico e intervenções específicas. Cada categoria é composta por itens específicos, com pontuações que variam entre um e oito (Martins, Oliveira, Santo, & Silva, 2014).

No SMI, cabe ao enfermeiro que está responsável pelo doente a realização desta classificação no turno da noite. Após a pontuação final do TISS-28, o enfermeiro regista em folha própria a classificação de cada doente. É com base nesta, que o chefe de equipa faz a distribuição dos enfermeiros nas 24 horas seguintes. O rácio poderá ser de um enfermeiro para um doente (na maioria das vezes, se TISS-28 igual ou superior a 40) ou de um enfermeiro para dois doentes.

No entanto, segundo Martins, Oliveira, Santos, e Silva (2014), o TISS-28 representa apenas 43,3% da carga de trabalho do enfermeiro. Existem instrumentos mais recentes que traduzem mais fielmente a carga de trabalho. Um destes instrumentos é o NAS (Nursing Activities Score) que resultou de uma mudança expressiva no TISS-28, sobretudo na categoria atividades básicas, pois passou a abarcar itens não contemplados anteriormente. O NAS tem uma sensibilidade de 88,8% para a carga de trabalho do enfermeiro.

A este propósito foi efetuado um estudo piloto de adaptação e validação da NAS em Portugal onde os autores concluíram que era um instrumento válido, permitindo avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros com segurança (Candeias, et al., 2016). Por este motivo, seria um instrumento pertinente a propor e a adoptar futuramente no serviço.

A avaliação da carga de trabalho assume elevada importância e está associado à segurança do doente e à qualidade dos cuidados prestados. Uma revisão sistemática da literatura realizada por Garcia, Nogueira e Oliveira (2016) vem demonstrar o pressuposto anterior pois os autores concluíram que a influência da carga de trabalho foi identificada como factor de risco em 75% dos artigos analisados; os eventos adversos que foram identificados como uma consequência da carga de trabalho foram as infeções, as úlceras por pressão e os erros na medicação. Os autores recomendam que os enfermeiros devem estar despertos para a ocorrência dos erros adversos ocorridos na Unidade onde trabalham e que decorreram da sobrecarga de trabalho.

Tais resultados chamam a atenção do enfermeiro especialista, pois preocupado com a prestação de cuidados de qualidade do Serviço onde exerce a sua profissão, deverá

alertar os responsáveis pela gestão da importância de adequar os recursos às necessidades de cuidados.

#### 2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais envolve o aperfeiçoamento do autoconhecimento e da assertividade, devendo o enfermeiro reconhecer os seus recursos e os limites pessoais e profissionais, baseando a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.

Tendo uma elevada consciência de mim, enquanto pessoa e enquanto enfermeira procurei, ao longo do meu percurso profissional, promover o meu próprio desenvolvimento. O gosto pela área da enfermagem médico-cirúrgica surgiu ao longo da formação de base (Licenciatura), ampliou-se com a experiência profissional no serviço de neurocirurgia e com a realização da pós-graduação em CI neurocríticos culminando com o presente Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No cuidar do doente com elevada instabilidade e com alto risco de vida notei que tal exige muito do enfermeiro. De acordo com Bártolo (2007), cuidar do doente crítico exige determinadas condições que vão desde o domínio da técnica, a capacidade de tomada de decisão, passando pela exigência de estar atualizado na informação e no progresso técnico e científico. O confronto constante com as exigências solicitadas e a necessidade de atuar frequentemente sob pressão, pode fomentar no enfermeiro sentimentos e emoções negativas. Para lidar com os mesmos, o enfermeiro deve reconhecer os seus recursos e limites pessoais e profissionais, de forma a colmatá-los.

Considero que as aulas ministradas ao longo do Mestrado foram uma mais-valia, o programa da disciplina de CI foi vasto e, os conhecimentos teóricos, científicos e técnicos, contribuíram para a minha prática especializada. Ao longo do estágio procurei demonstrar conhecimentos e apliquei-os na prestação de cuidados especializados, evidenciando segurança e competência.

Procurei rentabilizar constantemente as oportunidades de aprendizagem de forma a aprofundar os conhecimentos já adquiridos e apreender novos conhecimentos. As aprendizagens ao longo do estágio foram inúmeras. Realço, entre outras, a prestação de cuidados de enfermagem aos doentes com monitorização hemodinâmica, mais do que conhecer os diferentes tipos de monitorização, foi importante relacionar os dados de monitorização com a situação específica do doente e identificar complicações associadas aos dispositivos de monitorização invasiva. Outra aprendizagem que considerei relevante

foi sobre a prestação de cuidados ao utente submetido a ventilação mecânica, onde pude inteirar-me dos modos ventilatórios mais comuns no serviço, que parâmetros ventilatórios monitorizar em cada doente, aperceber-me das complicações mais frequentes associadas a ventilação mecânica, e realizar e interpretar os valores da gasometria arterial e a sua relação com a ventilação mecânica. Muitas outras aprendizagens contribuíram para uma sólida base de conhecimentos nesta área da enfermagem, pretendendo demonstrar isto mesmo com a elaboração deste relatório.

De forma a fomentar o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao longo do estágio elaborei um estudo de caso. Esta metodologia permite estudar um determinado fenómeno em profundidade no seu contexto real. O "caso" pode ser um indivíduo, grupo, organização ou comunidade. No contexto do ensino da enfermagem, tem como principais objetivos: favorecer a correlação entre a teoria e a prática, fundamentar os cuidados de enfermagem, proporcionar uma assistência personalizada, proporcionar uma gestão dos cuidados adequada, auxiliar na toma de decisão e na resolução de problemas (Galdeano, Rossi, & Zafo, 2003).

Optei por elaborar um estudo de caso sobre um doente com aneurisma cerebral pois, sendo uma patologia do foro neurocirúrgico de grande interesse pessoal, mas em contrapartida, menos explorada e com a qual tinha menos contato na minha prática profissional. Por tal, identifiquei esta situação como uma lacuna do conhecimento mas, simultaneamente, como uma oportunidade única de aprofundar conhecimentos e adquirir competências nesta área. Para além disso, e apesar de os dados estatísticos sobre a incidência anual do aneurisma cerebral não serem concretos e bastante variáveis de região para região, é certo que este constitui um grave problema de saúde já que, salvo, raras exceções, só são detetados quando aparecem sinais e sintomas indicadores da sua rutura, acarretando por isso uma elevada morbilidade e mortalidade. Pelo menos um terço dos doentes com aneurisma cerebral morre e cerca de metade dos que sobrevivem ficam com algum défice neurológico permanente (Carhuapoma, et al., 2012).

A base científica que deu sustentação ao estudo de caso foi o processo de enfermagem. Considero que este deve estar na base de todas as ações de enfermagem, evidenciando também a sua essência. Nesta linha, contribui para a toma de decisão clínica, a resolução de problemas de forma ordenada e lógica, a gestão de cuidados de enfermagem para que as necessidades dos doentes sejam satisfeitas globalmente, e promove a prestação de cuidados individualizados, de qualidade e de elevada eficácia (Doenges & Moorhouse,

1994). Por tal, este é um método científico de resolução de problemas que deve ser usado por todos os enfermeiros na sua prática profissional e em todos os contextos de trabalho.

Para a elaboração do plano de cuidados, utilizei a CIPE. Trata-se uma linguagem comum para que os enfermeiros possam descrever o que observam e registar o que fazem, permitindo que enfermeiros de diferentes regiões possam comparar a prática da Enfermagem e partilhar informações sobre a prestação de cuidados e ganhos em saúde.

Ao elaborar o estudo de caso, e ao longo desta jornada de tornar-me Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preocupei-me em fundamentar as minhas ações na evidência científica. De facto, a prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência tem como objetivo prestar cuidados apropriados, de modo eficiente e dirigidos a cada doente (Craig & Pearson, 2003).

Importa referir que o processo de enfermagem e a CIPE são também ferramentas que são utilizadas no SMI-HNM pelo enfermeiro.

Partilhei o estudo de caso com os colegas do Mestrado, tendo contribuído para favorecer a aprendizagem e o aprofundar de competências de todos os pares.

Em síntese, analisando o percurso feito ao longo do estágio, considero ter favorecido a minha aprendizagem e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Termino este subcapítulo com a sensação de dever cumprido, mas consciente que o aprofundar de competências é uma constante ao longo do percurso profissional.

## **2.2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica no Contexto de Cuidados Intensivos**

De acordo com o Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro da OE, o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, integra, junto com as competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas. No que se refere às competências específicas, estas envolvem descritivos como o cuidar, catástrofe, emergência multi-vítimas. Nos próximos subcapítulos irei refletir sobre os mesmos, demonstrando as competências adquiridas e aprofundadas.

### 2.2.1. Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A Medicina Intensiva desenvolveu-se exponencialmente nas últimas décadas, no que se refere à sua capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais que se encontram alteradas ou em risco de falência. Novos conhecimentos surgiram na área da fisiologia, patologia e terapêutica, bem como diversos progressos tecnológicos que potenciaram a capacidade de diagnóstico, prevenção, tratamento e cura de doenças que até há bem pouco tempo eram fatais (Ministério da Saúde, 2013).

Os enfermeiros acompanharam a evolução da Medicina Intensiva e são cada vez mais desafiados a integrar diversa tecnologia, técnicas e intervenções, bem como práticas baseadas na evidência, a refletir sobre questões éticas associadas ao doente crítico e a cuidar do doente e da sua família. Assim, cuidar da pessoa em situação crítica é focar a sua atenção nas alterações biológicas, mas também nas mudanças psicológicas e sociais que a doença causa no doente e na família (Kaplow, Relf, & Turner, 2013).

De facto, a evolução tecnológica e científica nos últimos anos foi acentuada, no entanto considero que as "máquinas" apenas suplementam o trabalho do enfermeiro e que é seu dever conhecer a pessoa alvo de cuidados de forma e identificar qualquer indício que possa ser um foco de instabilidade ou um risco de falência orgânica.

Considero que tive esta atitude ao longo do estágio pois sempre foi minha preocupação olhar primeiramente para o doente e seguidamente para toda a tecnologia que se encontra em seu redor. No entanto o enfermeiro especialista não pode esquecer-se que a tecnologia tem o seu relevo pois o doente crítico é aquele que requer meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro da OE). Ilustro com uma situação na qual o alarme do ventilador foi ativado, o som era intenso e perturbador; o principiante certamente iria dirigir-se ao ventilador, perceber qual o significado do alarme e tentar desligá-lo; porém, tendo em conta o referido anteriormente, olhei primeiramente para o doente e rapidamente notei que a prótese ventilatória estava desconectada. Seguidamente adaptei-a ao tubo endotraqueal desativando o alarme.

Apesar de todos os meios avançados associados ao doente crítico, tal como no SU, a instabilidade é elevada e o risco de PCR é uma constante. Um facto que verifiquei ao longo do estágio é que uma franca percentagem de doentes internados no SMI-HNM têm como diagnóstico de entrada a falência do sistema cardiovascular, nomeadamente a PCR.



Por tal, cabe ao enfermeiro especialista deter conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida para atuar prontamente e conhecimentos sobre os cuidados após PCR de forma a melhorar o prognóstico e sobrevida do doente.

Um dos cuidados de que falo e que tive oportunidade de aprofundar ao longo do estágio foi a gestão da temperatura alvo na encefalopatia anóxica-isquémica pós paragem cardíaca, sendo que a *American Heart Association* (2015) recomenda que todos os doentes adultos em coma persistente depois do retorno espontâneo da circulação após PCR, devem ser submetidos ao controlo direcionado da temperatura, tendo como temperatura alvo 32 a 36 graus, mantida constantemente durante pelo menos 24 horas. Esta medida terapêutica demonstrou ter efeito protetor sobre os sistemas neurológico e cardíaco, com melhoria da sobrevida e redução das sequelas neurológicas em doentes vítimas de PCR.

A *guideline* anterior, do ano de 2010, considerava apenas temperaturas corporais entre 32 a 34 graus durante 12 a 24 horas. A alteração da *guideline* deveu-se a estudos que demonstraram que os resultados foram semelhantes nos doentes com temperatura corporal alvo de 33 graus e os doentes mantidos a uma temperatura corporal de 36 graus (Callaway, et al., 2015).

No SMI-HNM existe um protocolo dedicado a gestão da temperatura alvo na encefalopatia anóxica-isquémica pós paragem cardíaca. Neste, estão identificados os critérios dos doentes a incluir no protocolo, as temperaturas alvo, os cuidados e intervenções para induzir, manter e, posteriormente, reaquecer o doente.

Na experiência de cuidar do doente incluído neste protocolo, notei que a manutenção da temperatura alvo é um verdadeiro desafio para o enfermeiro especialista. As medidas de arrefecimento e aquecimento estão constantemente a ser geridas, a temperatura está frequentemente a ser vigiada, bem como determinados parâmetros que permitem identificar prontamente complicações relacionadas com este protocolo: temperatura corporal, tensão arterial, traçado cardíaco, controlo bioquímico da glicémia, potássio e magnésio, entre outros.

De facto, na UCI existem inúmeros protocolos terapêuticos complexos (protocolo de administração de noradrenalina, protocolo de monitorização de potássio sérico, protocolo de monitorização da glicémia e administração de insulina *Atrapid®*, entre outros), elaborados por profissionais do serviço e partilhados por toda a equipa médica e de enfermagem. Têm como objetivo uniformizar procedimentos e orientações. Entendidos como uma prescrição diferida no tempo, cabe aos enfermeiros ajuizar a sua aplicação em cada caso concreto e geri-los (Nunes, 2015a).

Os protocolos terapêuticos têm diversas vantagens pois facilitam a tomada de decisão, minimizam a incerteza e reduzem a variabilidade da prática clínica e diminuem o risco para o doente (Fernandes I. , 2010). No entanto, o enfermeiro especialista deve estar desperto para possíveis complicações resultantes da sua implementação e adotar respostas de enfermagem apropriadas às mesmas.

Para além da gestão eficiente dos protocolos, uma das grandes preocupações ao longo do estágio foi atender a pessoa em situação crítica e a sua família de forma holística e humanizada. De facto, o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de "dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 97). O mesmo autor refere que humanizar pode ser interpretado como "tornar mais humano" no contexto dos atos profissionais que ligam as pessoas (doente e família) e só é possível estimular a humanização, se o ambiente for humanizador pelo que os maiores desafios do enfermeiro são criar um espaço físico confortável e seguro e desenvolver nas equipas de profissionais uma cultura de humanização.

Segundo a *Consejería de Sanidad* (2016) a promoção da humanização nas UCI abarca diversas áreas de intervenção, desde a UCI de portas abertas, a presença e a participação dos familiares em CI, o bem-estar do doente, a comunicação, entre outras.

A UCI de portas abertas significa abolir os entraves relacionados com os horários de visitas flexíveis. Os estudos científicos demonstram que as vantagens desta medida são inúmeras. Numa revisão da literatura desenvolvida por Errasti-Ibarrondo e Tricas-Sauras (2012), os autores procuraram identificar e analisar as vantagens de um horário de visitas flexível nos familiares do doente crítico adulto. As principais conclusões foram que melhora a satisfação dos familiares; reduz o *stress* e a ansiedade; favorece a satisfação das necessidades da família; e favorece a colaboração dos familiares em alguns cuidados e as oportunidades para realização de ensinamentos sobre cuidados que serão necessários após a alta.

No que se refere à participação da família nos cuidados, a *Consejería de Sanidad* (2016) refere que, se as condições clínicas o permitirem, sempre com a supervisão dos profissionais de saúde, tem efeitos benéficos no doente e sobre os familiares, ao reduzir o *stress* e ao facilitar a aproximação e a comunicação entre os intervenientes.

Notei que o SMI-HNM tem um horário de visitas alargado (das 16 às 21 horas). Caso o visitante seja de uma zona rural ou o estado do doente esteja agravado, é favorecida a visita extra-horário, respeitando sempre a privacidade dos restantes doentes e não perturbando qualquer atividade que esteja a decorrer. Em simultâneo podem permanecer

duas visitas junto do doente, o enfermeiro está sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas no seu âmbito profissional e o serviço dispõe de um guia de acolhimento que é entregue aos familiares na sua primeira visita.

Importa também referir que no SMI-HNM o enfermeiro acolhe os familiares à entrada na unidade onde prepara o mesmo para a visita e esclarece às dúvidas que surgem. Quando o familiar está junto do doente, o enfermeiro permanece junto destes, facilitando a interação família-doente e reduzindo os sentimentos negativos que surgem. Durante o período de estágio realizei diversos acolhimentos aos familiares. Considerei particularmente difícil a realização do acolhimento aquando da primeira visita à UCI, tendo inclusivamente realizado uma reflexão sobre esta temática:

" (...) Era do conhecimento de toda a equipa que a família estava muito preocupada e ansiosa com a situação de doença da utente e a gravidade da situação. (...) No decorrer da tarde, a assistente operacional informou-me que o companheiro da doente veio realizar a sua primeira visita e era necessário realizar o acolhimento. Alertou-me para o facto de o senhor estar emotivo e ansioso. Rapidamente surgiram em mim sentimentos de insegurança pois tinha plena consciência que o momento seria de grande tensão, podendo emergir emoções, reações e questões com a qual podia ter dificuldade em lidar. Esta era uma situação nova e estava com receio de não realizar corretamente o acolhimento, o que certamente teria consequências negativas no familiar. (...) a visita do companheiro da Sr.<sup>a</sup> L. decorreu de forma tranquila e foram esclarecidas as dúvidas que foram surgindo e que eram da minha área de competência, posteriormente encaminhei o familiar para o médico que se encontrava de serviço para esclarecer questões do seu âmbito."

Relacionado com esta experiência, surgiram dúvidas sobre as reais necessidades das famílias no contexto de CI. Pelo que, procurei refletir sobre as mesmas, recordando outro excerto da reflexão anterior:

" (...) é indispensável que os enfermeiros tenham conhecimento das necessidades sentidas pela família de forma a colmatá-las. Estas podem ser agrupadas em cinco categorias: necessidade de suporte - de compreensão, respeito e suporte emocional; necessidade de conforto - relacionada com a necessidade de se sentir confortável no ambiente do SCI; necessidade de informação - de compreender a condição do utente, o seu diagnóstico, prognóstico e tratamentos que estão a ser realizados; necessidade de proximidade - de permanecer junto do utente, manter os laços e o relacionamento familiar; necessidade de segurança - obter respostas sinceras às perguntas, ser informado diariamente sobre a evolução da situação, sentir que a equipa se preocupa com o seu familiar, ter a certeza que os melhores cuidados estão a ser prestados e sentir que há esperança de melhoras (Loureiro, 2011). (...) Conhecer e compreender as necessidades da família foi fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados prestados (...) O aprofundar desta temática e a transposição destes conhecimentos para a prática, fez a diferença no Cuidar da família no contexto de CI"

De facto, no que se refere às necessidades da família, o enfermeiro deve reconhecer que, para esta, a hospitalização conduz a uma série de alterações, uma vez que existe uma mudança súbita de um estado de saúde de um elemento da família, alterando as rotinas e os papéis e trazendo novos desafios, incluindo novas necessidades que carecem de ser colmatadas.

A presença da família é fundamental, pois, como já referido anteriormente, apresenta vantagens para os mesmos, mas também para o doente, pois promove o seu conforto e a satisfação de algumas das suas necessidades.

Associado ao conforto do doente, também está o controlo da dor, a otimização da sedação e a prevenção do delírio (Consejería de Sanidad, 2016). De facto, é função do enfermeiro especialista gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da pessoa no contexto de CI. Notei que as recomendações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos no que se refere à monitorização da dor eram tidas em consideração. Este grupo recomenda que o nível de dor relatada pelo doente de ser considerado o "*gold standard*" para a avaliação da dor e resposta à analgesia; o uso da escala visual numérica é recomendada para avaliar a dor nos doentes que comunicam; o uso da *Behavioral Pain Scale* (BPS) é recomendada para a avaliar a dor nos doentes que não comunicam, sedados e ventilados; a avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique, principalmente no início do turno, antes, durante e após a aplicação de um procedimento doloroso; a dor deve de ser reavaliada 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica ou após intervenção não farmacológica ou medida de conforto; e após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016).

A opção pela BPS surgiu após o desenvolvimento de um estudo cujo objetivo era designar uma escala comportamental para avaliar a dor do doente adulto, submetido a ventilação mecânica, sedado e que não comunica de forma verbal e motora. A amostra foi constituída por 1026 enfermeiros a exercer a sua atividade profissional em UCI de diversas instituições hospitalares do país. A maioria (53,5%) dos enfermeiros escolheu a BPS como escala preferencial. (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016) O uso desta escala também está recomendado pela *American College of Critical Care Medicine*. (Barr, et al., 2013)

A *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) é a ferramenta utilizada no SMI-HNM para avaliação da sedação. É considerada por Barr et al (2013) uma das mais válidas

e confiáveis para medir a qualidade e a profundidade da sedação em doentes internados em UCI.

Os mesmos autores recomendam que o delírio seja avaliado por rotina nos doentes críticos em contexto de CI pois está comprovado que a sua presença está associada a um aumento da mortalidade, a um prolongamento do tempo de internamento no hospital e permanência na UCI e está associado ao desenvolvimento de alterações cognitivas após a alta da UCI. Nos Estados Unidos esta síndrome é reconhecida como um importante problema de saúde pública, afetando 80% dos doentes submetidos a ventilação mecânica no contexto de CI, e custando cerca de 4 a 16 bilhões de dólares por ano. Por estes motivos, o seu estudo tem-se expandido significativamente, mas a sua fisiopatologia é ainda pouco entendida. A *American College of Critical Care Medicine* alerta para o facto de o delírio afetar negativamente a situação clínica do doente e recomenda o uso de escalas para detetar e monitorizar o delírio. No SMI-HNM, a equipa de profissionais deteta frequentemente sinais indicativos de delírio nos doentes e são adotadas medidas para minimizá-lo. No entanto, não é utilizada nenhuma escala para monitorizar o mesmo, sendo este um aspeto de melhoria a sugerir na UCI.

Os doentes internados na UCI têm que lidar com diversas fontes de *stress*. Os cuidados de enfermagem holísticas exigem a consideração de todos esses fatores que afetam o conforto e o bem-estar do doente. A experiência de estar internado na UCI pode gerar ameaça de morte, dor ou desconforto, falta de sono, perda da autonomia, perda de controlo sobre o ambiente, perda do papel habitual, perda da capacidade de se expressar verbalmente quando entubado, entre outros (Horton-Deutsh, 2008).

Chang, Chen e Su (2012) procuraram identificar as necessidades de cuidados dos doentes com mais de 65 anos no contexto de CI. Estas são essencialmente do âmbito físico, psicossocial e de informação. Algumas das necessidades físicas relatadas estão relacionadas com o alívio da dor e do desconforto, sono de qualidade e redução do ruído da UCI. As necessidades psicossociais abarcam o apoio emocional e a transmissão de segurança por parte dos enfermeiros, horário de visitas flexíveis, necessidade de estabelecer uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde e necessidade de controlo da situação e autoestima, sendo que esta última necessidade é influenciada negativamente quando existe restrição/contenção física para prevenir acidentes. Por fim, as necessidades de informação são sobre a progressão e prognóstico da doença e como podem colaborar no sentido de promover a sua recuperação (Chang, Chen & Su, 2012).

Este estudo demonstra que as necessidades dos doentes internados na UCI ultrapassam a dimensão técnica e médica, sendo que cabe ao enfermeiro especialista responder de forma holística às necessidades do doente de forma a reduzir o impacto negativo do seu internamento. Apesar de o estudo ser dirigido à população com mais de 65 anos, pude observar no SMI-HNM que as necessidades identificadas podem ser transpostas para a restante população adulta.

Atendendo a estes resultados, questiono-me o que deve abarcar a relação de ajuda no contexto de CI pois apercebi-me que os problemas da pessoa neste contexto são variados. Phaneuf (2005) refere que a relação de ajuda com a pessoa que sofre de uma doença aguda requer cuidados físicos intensivos para tratar a doença e a dor, mas também intervenções de suporte e de ajuda por parte dos enfermeiros. Estes, através da relação de ajuda devem promover a adaptação do doente à situação de doença; adotar estratégias para reduzir o medo e o sofrimento; reduzir os fatores de *stress* associados aos inconvenientes dos tratamentos invasivos; romper barreiras existentes na comunicação; e favorecer a relação com os próximos e com os profissionais de saúde.

De facto, uma das áreas valorizadas na relação de ajuda é a comunicação. Esta é um elemento chave nas relações humanas e, na área da saúde, é necessário que seja efetiva entre todos os seus intervenientes. Através dela emerge a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, pelo que é fundamental o enfermeiro especialista adquirir conhecimentos no âmbito da comunicação e desenvolver esta competência. Uma destas é a adequação da comunicação ao contexto, fomentando a adaptação do doente à situação crítica e promovendo o cuidado humanizado.

Ao longo do estágio, considerei que comunicar com o doente que possui um tubo endotraqueal é um grande desafio, pois não há emissão de sons, dificultando a interação. Este assunto foi alvo de reflexão ao longo do estágio:

" (...) o enfermeiro, sendo o elemento da equipa de saúde que mais tempo permanece junto do doente, tem um papel crucial para minimizar o impacto negativo que as dificuldades na comunicação causa no utente ventilado, sendo da sua responsabilidade desenvolver esforços e estratégias para o conseguir concretizar. Um enfermeiro sensibilizado para as dificuldades do doente na comunicação melhorará a sua atitude com o utente, como motivá-lo e dar-lhe tempo para exprimir-se, explicar-lhe o porquê de não comunicar verbalmente e orientá-lo sobre estratégias facilitadoras da comunicação. (...) Alves (2012) refere que existem diversas estratégias que podem ser mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação. Os recursos materiais como o quadro com imagens ou letras ou o papel e caneta, são estratégias amplamente utilizadas e eficazes. As habilidades comunicacionais são outras estratégias úteis e estão relacionadas com a "interpretação da mímica facial" incentivando o utente a comunicar em ritmo lento, o "mostrar disponibilidade" para perceber a mensagem, o "interpretar

comportamentos" uma vez que as expressões faciais e os comportamentos do utente transmitem pistas acerca daquilo que desejam e "adequar a linguagem", devendo o enfermeiro comunicar em ritmo lento e articulando as palavras de forma mais acentuada para promover a compreensão da mensagem verbal por parte do utente. Por fim, as estratégias de feedback, nomeadamente os códigos não-verbais como o piscar dos olhos, o acenar a cabeça, o apertar a mão e os gestos, são outras estratégias que facilitam a comunicação."

Importa referir que o SMI, dispõe de recursos materiais (quadro com letras) que facilitam a comunicação com o doente incapaz de verbalizar devido à presença do tudo endotraqueal.

As estratégias que facilitem a comunicação com a família também são fundamentais no ambiente complexo que é a UCI. Neste sentido, também procurei identificá-las de forma a adoptá-las na minha prática diária.

Borges (2015) elaborou um estudo onde um dos objectivos foi perceber o modo como os enfermeiros comunicam com a família, identificar os aspetos significativos no processo de comunicação enfermeiro-família e as estratégias que facilitem a comunicação entre ambos.

No que se refere aos modos de comunicação, a autora constatou que, para comunicar com o familiar, o enfermeiro utiliza a comunicação verbal, não-verbal (expressão facial, contacto visual, postura corporal, toque e o recurso à paralinguística) e atitudes comunicacionais como o suporte emocional, a disponibilidade, a escuta ativa e o estar presente. Os aspetos mais significativos no processo de comunicação enfermeiro-família foram a postura corporal e contacto visual do enfermeiro e o toque terapêutico no momento certo; as atitudes comunicacionais foram bastante valorizadas: ser simpático, dar atenção, demonstrar segurança e disponibilidade e dar apoio; conteúdo da informação também é relevante como a avaliação da compreensão da informação transmitida por parte do enfermeiro, a utilização de linguagem adequada ao familiar, ser sincero na transmissão de informação, a realização de uma boa acolhimento ao familiar onde seja proporcionado informação prévia de forma a reduzir a ansiedade e o *stress*.

As estratégias que o enfermeiro especialista deve adoptar para facilitar a comunicação com a família são: procurar ter conhecimento prévio sobre o doente e a sua família, determinar as necessidades sentidas pelos familiares de forma a colmatá-las, estabelecer uma relação de empatia com os familiares, demonstrar disponibilidade e adequar a linguagem ao nível de compreensão do familiar e promover um ambiente calmo

e tranquilo na UCI. A experiência profissional e a menor carga de trabalho também facilitaram a comunicação enfermeiro-família (Borges, 2015).

De facto, na prática, nota-se que, aplicando estas estratégias, a comunicação com a família é facultada, favorecendo positivamente a relação com os mesmos.

### 2.2.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação

De acordo com o Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro da OE, uuma situação de catástrofe ou emergência multi-vítimas cabe ao enfermeiro dinamizar a resposta, da conceção à ação. No contexto específico de CI, a minha preocupação foi compreender que resposta o SMI deve ter em situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas pois, nestas situações de exceção, o Serviço tem que estar preparado para receber um maior fluxo de doentes, o que altera o funcionamento normal do mesmo.

Almeida e Sousa (2012) referem que nas situações com múltiplas vítimas, a organização da resposta dos hospitais para tratar os doentes que requerem CI, constitui um desafio pois o serviço terá que enfrentar problemas específicos e de elevada complexidade, além dos problemas decorrentes da sua atividade normal e diária. Os eventuais problemas que podem surgir estão relacionados com rápido exceder da sua capacidade de internamento, a patologia das vítimas, o eventual envolvimento do hospital (destruição das infra-estruturas) e o atingimento das UCI ou dos próprios profissionais pelo acidente ou agressão em causa.

O mesmo autor recomenda que cada UCI deve preparar-se para eventos com a probabilidade de ocorrerem local ou regionalmente. Por tal, deve ser avaliado o risco do tipo de acidentes que é previsível acontecerem; realizar o levantamento antecipado das necessidades específicas previsíveis (material de consumo, fármacos e equipamentos) conforme o desastres em causa; inventário de meios, recursos humanos e materiais disponíveis e adicionais necessários para os tipos de acidente; e conhecer a capacidade de aprovisionamento e os meios para obter esses recursos.

No Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira não existe referência ao contexto específico dos CI. Tal como já referi anteriormente, o Plano de Segurança do HNM e do Núcleo de Apoio está a ser elaborado atendendo às orientações do Manual de Acreditação ACSA. Está atualmente na segunda



fase, faltando elaborar o plano de emergência interno. Certamente que o mesmo irá incluir os aspetos mencionados nos parágrafos anteriores.

Uma das minhas preocupações também foi conhecer como efetuar uma evacuação da UCI, em caso de atingimento do hospital e/ou da UCI. Esta tem que ser efetuada, sem por em risco a situação do doente que, por si só, já é crítica e vulnerável. Assim, procurei conhecer o protocolo de atuação do SMI-HMN sobre esta temática. Neste está descrito como se procede a evacuação dos doentes e à evacuação dos familiares e visitantes.

Ciente que, num situação de emergência multi-vítimas/ catástrofe, todo o hospital deve preparar-se para esse evento, considero que os conhecimentos que adquiri alertaram-me para esta problemática e para a necessidade de investir mais nesta área do conhecimento da enfermagem em pessoa em situação crítica para que, futuramente, possa gerir mais eficazmente os cuidados nestas situações.

### 2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A problemática das IACS e do uso de antimicrobianos é uma realidade no contexto das UCIs. O inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses (população estudada: 18258 doentes), do ano de 2012, demonstrou que a prevalência das infeções adquiridas no hospital foi mais elevada nas UCI (24,5%), bem como o uso de antimicrobianos (55,3%). O mesmo inquérito revela que as infeções mais frequentes no contexto hospitalar foram às infeções das vias áreas inferiores (29,3%), seguindo-se as infeções das vias urinárias (21,1%), a infeção do local cirúrgico (18%) e a infeção da corrente sanguínea (8,1%). Outro dado pertinente do estudo foi que observaram-se diferenças estatísticas nas taxas de infeções associadas aos dispositivos invasivos versus a taxa de infeções nos doentes não submetidos a esses dispositivos, sendo mais elevadas nos doentes com dispositivos invasivos (Nogueira, Paiva, Pina, & Silva, 2013). De facto, é sabido que o SMI, no que se refere ao risco de infeção, é considerado uma área crítica pois são executados frequentemente procedimentos de risco e os doentes podem se encontrar imunodeprimidos.

O SMI-HNM integra o programa HELICS-UCI: Programa de Vigilância da Infeção nas Unidades de Cuidados Intensivos. Para tal, foi necessário preencher uma

declaração de adesão onde se comprometem à realização da monitorização e registo contínuo das infeções mais relevantes nas UCI: pneumonia associada à intubação, traqueobronquite, bacteriemia relacionada com o cateter venoso central e infeção do trato urinário associada ao cateter vesical.

Este programa tem como principais objetivos: monitorizar a problemática das infeções na UCI e identificar áreas onde as atividades de prevenção serão necessárias; comparar os resultados da unidade com dados anteriores ou entre unidades e comparar grupos de doentes com risco de infeção, de forma a identificar áreas onde a qualidade dos cuidados necessitam ser melhoradas; sensibilizar os profissionais de saúde para a problemática da infeção; fornecer informações relevantes sobre os dados monitorizados e direcionar as políticas de controlo de infeção: cumprimento das guidelines e boas práticas, a correção ou aperfeiçoamento de práticas específicas e a avaliação, desenvolvimento e implementação de novas práticas.

Ao longo do estágio inteirei-me dos protocolos existentes no serviço relacionados com a prevenção das IACS, especificamente aquelas que fazem parte do programa HELICS-UCI. Notei que esta é uma grande preocupação dos enfermeiros, visivelmente observado no cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção. Esta preocupação torna-se evidente no registo dos diagnósticos de enfermagem, o foco da infeção foram dos mais frequentemente identificados durante o estágio realizado no SMI-HNM, tal como se pode visualizar no Apêndice A.

A Fundação Calouste Gulbenkian (2015) criou os *Desafios Gulbenkian* para apoiar o Serviço Nacional de Saúde e o MI na resolução de problemas de grande relevância. Uma destas problemáticas é sem dúvida às infeções hospitalares que constituem um dos eventos adversos mais frequentes nos doentes internados em hospitais, associado ao aumento da morbilidade e da mortalidade dos doentes, prologando o tempo do seu internamento e potenciando o aparecimento de incapacidades. Para além disto, constituem um elevado impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde em geral. Por estes motivos, foi criado o programa STOP Infeção hospitalar.

Deste desafio faz parte o SESARAM E.P.E que concorreu com três serviços: um serviço de cirurgia geral, um serviço de ortopedia e o SMI.

As infeções que são alvo de intervenção neste projeto são as infeções da corrente sanguínea associada ao catéter vascular central, as infeções da corrente sanguínea associada a algaliação (bacteriemia secundária a algalição), as pneumonias associadas à

intubação no contexto de UCI e às infeções do local cirúrgico (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Associada a cada foco estão os feixes de intervenção e os respetivos indicadores. Apesar de todos os focos terem sido alvo da minha atenção, aprofundei particularmente a prevenção da pneumonia associada à entubação, por ser uma especificidade do SMI. Pude inteirar-me e aplicar os feixes recomendados, desde manter a cabeceira do leito em ângulo superior ou igual 30°, evitar momentos de posição supina; realizar higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2% pelo menos três vezes por dia, em todos os doentes que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico; manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas aquando visivelmente sujos ou disfuncionantes; e manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 centímetros de água. Outras medidas importantes que estão relacionadas com este feixe são: rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico; discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico.

Pude também inteirar-me dos indicadores associado ao feixe da pneumonia associada à entubação e estes são: taxa de pneumonia associada a intubação por 1000 dias de intubação, percentagem de adesão ao "feixe de intervenções"; oportunidades entre pneumonia associada à entubação e percentagem de reintubação (Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos, 2016).

A adesão a este programa permitirá uma progressiva melhoria das práticas, monitorizadas pelos resultados e que são alvo de reporte e avaliação regulares. Cabe ao enfermeiro responsável pelo projeto no Serviço e, também ao enfermeiro especialista, fomentar a participação dos profissionais e o cumprimento das medidas/intervenções que estão comprovadas cientificamente que reduzem as respectivas infeções.



### **CAPÍTULO III: CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS**



Os avanços na Medicina ao longo dos últimos anos foram inúmeros. Os progressos científicos e sociais aumentaram a longevidade da população, verificando-se um aumento da esperança média de vida. No entanto, viver mais tempo não implicou que se passasse a morrer melhor pois verificou-se um aumento das doenças crónicas, passando a morte a acontecer com mais frequência no final de uma doença crónica evolutiva e mais prolongada. A morte passou a ser negada e encarada como uma derrota para muitos profissionais de saúde, no entanto, é uma certeza para todos os seres humanos (Neto, 2006c).

Os CP são considerados um direito humano. São também uma estratégia de cuidados e por este motivo, para haver um ponto de partida, tem que haver uma avaliação das necessidades reais ou estimadas (Capelas, 2009). Assim, segundo o Observatório Português de CP (2016), Portugal tem aproximadamente 10,5 milhões de residentes, sendo que por ano morrem cerca de 105 mil pessoas, sendo a taxa de mortalidade de 10 óbitos por cada 1000 habitantes. A sociedade está envelhecida, 82% das pessoas morre depois dos 65 anos de idade e destas, 40% morre com 85 ou mais anos. A causa de morte mais frequente é a doença cardiovascular onde se incluem os acidentes vasculares cerebrais, a doença isquémica do coração e o enfarte agudo do miocárdio, entre outros. A segunda causa de morte mais frequente é o cancro, 1 em cada 4 mortes tem como causa a doença oncológica, morrendo por ano cerca de 25 mil pessoas devido a esta doença em Portugal (Observatório Português de Cuidados Paliativos, 2016).

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2016), baseado em dados do INE do ano de 2014, 69 - 82% dos doentes falecidos teriam necessidade de CP, podendo-se estimar que existirão em Portugal entre 72999 e 85923 doentes com necessidades paliativas.

No que se refere a RAM, dos 2732 doentes que faleceram na RAM, pelo menos 68,9% necessitavam de CP (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2016). Tal como as estatísticas gerais referentes a Portugal, na RAM a principal causa de morte foram as doenças cardiovasculares (28%), seguindo-se as doenças oncológicas (20%) (Observatório Português de Cuidados Paliativos, 2016).

Atendendo a estes dados epidemiológicos, comprova-se que os CP são uma necessidade emergente de Portugal, mas também da RAM. Por tal, a opção por procurar desenvolver competências de enfermagem especializadas na área dos CP deveu-se ao facto de ter uma importância crescente nos sistemas de saúde e na sociedade em geral, pela qual nutro também um grande interesse pessoal pois, na minha prática profissional diária, cuido

do doente com necessidades paliativas e da sua família, sentido porém a necessidade de aprofundar de conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados especializados e de qualidade nesta área do cuidar principalmente no que se refere ao controlo dos sintomas, comunicação com o doente e a família e apoio à família. Por fim, tenho plena consciência que um doente com necessidades paliativas necessita de cuidados altamente qualificados, sendo que os principais alvos de atenção do enfermeiro são a diminuição do sofrimento, a maximização do seu bem-estar, do conforto e da qualidade de vida do doente e seus familiares e a facilitação do processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Por tal, considero que desenvolver competências especializadas na área dos CP é fundamental.

Refletindo novamente sobre o conceito de competências, Boterf (2005) menciona que as competências são um saber agir responsável e eficiente que são reconhecidas pelo próprio e pelos outros. Não se limita a um conjunto de conhecimentos teóricos e empíricos detidos por um indivíduo. Implica saber como integrar saberes/ recursos múltiplos e complexos, mobilizar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional e empregá-los eficazmente. São influenciadas por fatores relacionados com a própria pessoa, o contexto de trabalho, a forma de gestão e os dispositivos de formação.

O contextos escolhidos para o desenvolvimento de competências em CP foram a Rede Regional de CP, e o SCP do IPOCFG, E.P.E. Apesar de a filosofia e os princípios dos CP serem universais optei por realizar o estágio nestes dois locais por opção pessoal, pois para mim era importante conhecer duas realidades diferentes na mesma área de cuidados.

A Rede de CP da RAM está organizada em três áreas distintas, todavia interligadas: equipa de consultoria médica no intra-hospitalar; equipa de apoio ao domicílio que funciona de Terça à Sexta-feira, das 08 horas às 15:30 horas, exceto feriados; unidade de internamento de CP aguda, com 10 camas (três enfermarias individuais) para doentes com necessidades complexas. Também dispõe de consultas médicas e de enfermagem telefónicas, dando a oportunidade de os utentes e familiares/ cuidadores, seguidos pela equipa de apoio ao domicílio, contatarem o serviço nas 24 horas.

Esta rede é constituída por uma única equipa com um objetivo comum que é proporcionar, de forma adequada, a acessibilidade a CI, domiciliários e hospitalares, a todos os cidadãos da RAM. Faz parte desta: médicos, enfermeiros (duas enfermeiras são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica), assistente social, psicóloga, nutricionista,



profissional que presta apoio espiritual, assistentes operacionais e assistente administrativa. Todos os profissionais de saúde (exceto a assistente administrativa) têm, pelo menos, formação básica em CP.

O estágio na Rede de CP da RAM concentrou-se na unidade de CP agudos e na equipa de apoio ao domicílio e teve uma duração de quatro semanas.

O SCP do IPOCFG, E.P.E tem a vertente de internamento, de apoio no intra-hospitalar, consulta externa e apoio telefónico. A equipa é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, profissional que presta apoio espiritual, psicologia e assistente administrativa, a maioria têm, pelo menos, formação básica em CP. Prestam CP a todas as pessoas com doença oncológica seguidas no IPOCFG E.P.E.

O Estágio no SCP do IPOCFG E.P.E teve a duração de duas semanas e concentrou-se no internamento. Este possui 20 camas dispersas por 10 enfermarias, sendo 50% dos quartos são individuais.

Após este breve enquadramento da pertinência de desenvolver competências nesta área específica do cuidar em enfermagem médico-cirúrgica e dos locais de estágio, passo a realizar uma reflexão sobre as competências adquiridas e aprofundadas ao longo do mesmo.

## **2.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Contexto de Cuidados Paliativos**

Para além do referido nos capítulos anteriores, importa mencionar que o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns que serão abordadas neste sub-capítulo, e em competências específicas que abordarei posteriormente. Segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, a certificação de competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que transporta para os contextos da prática clínica e todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

### 2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A reflexão ética assume igual importância em todos os contextos da prática clínica. No contexto específico de CP, considero que tem como principais objetivos defender os princípios inerentes à filosofia dos CP. De facto, promover a vida e, simultaneamente, considerar a morte como um processo que ocorre naturalmente, pode ser considerado por algumas pessoas um binómio, pelo que tem que ser esclarecido junto de todos os intervenientes nos cuidados. A promoção da vida está relacionada com melhoria da qualidade desta, amenizando os aspetos negativos do decurso da doença e ajudando o doente a viver tão intensamente quanto possível até ao fim. Por outro lado, a morte não deve de ser adiada ou acelerada, eliminando completamente qualquer associação dos CP a formas ativas de pôr fim à vida ou formas de morte assistidas por profissionais de saúde.

Conforme nos indica o artigo 78.º do Código Deontológico, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humano e do enfermeiro. Os valores universais a observar na relação profissional são a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento pessoal. Cabe ao enfermeiro especialista promover a reflexão ética na equipa, incentivando a discussão de alguns casos que levantam questões éticas na prática de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O mesmo autor ressalva a necessidade de atenção especial a esta população de doentes, referindo no artigo 87.º do Código Deontológico de Enfermeiros que o enfermeiro assume dever de defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida, respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal e pela família ou pessoas que lhe sejam próximas e respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

De facto, notei ao longo do estágio que os CP são baseados no acompanhamento, na humanidade, na compaixão e na disponibilidade, usando uma abordagem interdisciplinar para atender a todas as necessidades dos doentes e das suas famílias e reconhecendo e aceitando cada doente com os seus próprios valores e prioridades. Um dos grandes objetivos das equipas de CP onde estive inserida era capacitar o doente e a família para que compreendessem toda a situação clínica e pudessem colaborar nos processos de tomada de decisão, pois uma pessoa só é capaz de tomar decisões se estiver informada.

Uma das questões éticas que surge com frequência em CP e que vivenciei ao longo do estágio estava relacionado com a hidratação e a alimentação no fim de vida. Pude

participar no processo de tomada de decisão em equipa, onde se inclui a unidade de cuidados em CP (o doente e a sua família/ cuidadores).

Recordando um excerto de uma reflexão realizada:

"A alimentação e a hidratação estão carregadas de simbolismos e significados muito próprios. São atos elementares da vida quotidiana e estão associados ao bem-estar físico, psicológico e emocional e são considerados um meio de manutenção da saúde e restauração da doença. A importância da alimentação não diminui com a progressão da doença, numa fase mais avançada da doença a sua ausência é mais valorizada do que a sua presença (Resende, 2009)."

De facto, à medida que a doença evolui há uma degradação do estado da pessoa. Quando é possível a alimentação por via oral, esta deve de ser privilegiada. Mas quando não é possível, surgem as questões: "devemos alimentar?" e "como alimentar?".

Quando se prevê que o doente não vai conseguir alimentar-se, deve abordar-se esta temática com o doente e a sua família, para que as decisões sejam tomadas antes que o doente perca a capacidade de decidir de forma autónoma e esclarecida.

No seio da equipa apercebi-me que estas decisões são sempre difíceis de abordar junto do doente e da família. A OE (2015) sublinha que as estratégias de resolução de problemas devem ser desenvolvidas em parceria com o cliente. Assim, a estratégia de alimentação deve ser escolhida atendendo sempre aos desejos deste. Se o doente não quiser ou não puder comer, não se deve forçar pois vai aumentar o seu desconforto. É também fundamental que seja esclarecido que o doente não vai morrer à fome ou sede e que se está a fazer tudo o que é devido para que o seu conforto e qualidade de vida não sejam postos em causa.

Recordando uma visita domiciliária realizada a um doente na casa dos 40 anos, portador de um astrocitoma cerebral há 15 anos, cujo estado geral se agravou significativamente nos últimos tempos, sendo visível a dificuldade progressiva em alimentar-se e hidratar-se. O tema sobre outras formas de alimentação foi discutido com o doente e a família e estes ficaram de refletir sobre o assunto. A equipa de saúde necessitava saber o que o doente e a família pensavam sobre esta temática, qual o desejo do doente e se a família concordava com a mesma decisão. Na seguinte visita (2 semanas após), o assunto foi novamente abordado, mas a complexidade de tomar tal decisão gerou grande ansiedade e angústia em toda a família pelo que foi decidido abordar esta temática posteriormente.

Nestas situações complexas, é fundamental a escuta, a atenção, o diálogo de forma que o doente compreenda as dificuldades que vão surgindo na alimentação/hidratação. Junto da família o enfermeiro também tem um papel fundamental, recordando

o que mencionei na reflexão efetuada: "É função dos profissionais de saúde acompanharem e apoiarem as famílias nesta perda relacionada com a alimentação, acolhendo os seus temores, medos e questões, estando disponível para escutar e informar."

Indo de encontro ao descrito pela OE (2015), quando refere que o enfermeiro especialista assume a defesa dos direitos humanos, como descrito no Código Deontológico, relevando aqueles relativos à sua área de especialidade, considero que em todos os cuidados prestados esteve patente o respeito pelos direitos humanos, desde o acesso à informação, a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral, o direito à privacidade, escolha e autodeterminação e o respeito pelos seus valores, costumes, crenças e práticas.

Incidindo sobre os três estágios realizados, o doente com necessidades paliativas esteve presente em todos eles. No SU e no SMI, cuidei do doente (e da sua família) com doença grave, incurável, oncológica ou não oncológica, maioritariamente em fase avançada ou terminal. Nos Serviços de CP cuidei do doente (e da sua família) com patologia maioritariamente oncológica, em diferentes fases da doença, com necessidades paliativas complexas. Considero que, independentemente do contexto onde a pessoa com necessidades paliativas está inserida, deve receber os cuidados adequados a sua situação clínica. Tal facto também é reforçado pela Comissão Nacional de CP (2017) pois menciona, no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP para o biénio 2017-2018, que todas as pessoas portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, residentes em território nacional, devem ter acesso aos CP, desde o diagnóstico até ao luto.

Para operacionalizar a última premissa do parágrafo anterior, a mesma Comissão recomenda a promoção da formação básica em CP de todos os profissionais de saúde para que sejam capazes de identificar precocemente os doentes com necessidades paliativas e encaminhar os casos complexos para outros níveis de diferenciação. Estes são essencialmente dois: abordagem paliativa ou CP especializados. O primeiro nível é definido como uma competência fundamental na resolução de problemas/necessidades inerentes às pessoas com doenças graves e/ou avançadas; deve ser transversal a todos os profissionais de saúde, englobando desde ações paliativas até intervenções que requerem uma resposta mais estruturada, específica e organizada, sem contudo ser objetivo de necessidade de cuidados especializados. Já os CP especializados são cuidados multidisciplinares prestados por profissionais diferenciados que acompanham os doentes e

as famílias com alto grau de complexidade, realizam consultadoria e assessoria a outros profissionais, entre outras funções (Comissão Nacional da Cuidados Paliativos, 2017).

Independentemente do nível de diferenciação de cuidados e do contexto onde o doente com necessidades paliativas se encontra, os desafios éticos que os enfermeiros enfrentam são similares. Por tal, nesta fase da doença devem ser garantidos cuidados de acompanhamento, suporte e de conforto, demonstrando solidariedade, presença, atenção e auxílio ao doente e aos seus familiares. Todos os enfermeiros devem agir no sentido de fomentar e respeitar a dignidade humana de cada pessoa e promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, minorando a dor, excluindo tratamento inúteis que só promovem o sofrimento, uma vez que a cura já não é possível (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Nestes casos de futilidade terapêutica, não é tanto a vida que se prolonga, mas o processo de morrer (Pacheco, 2002).

Ao longo dos estágios, notei uma preocupação crescente dos enfermeiros para o doente com necessidades paliativas e a sua família. Cada vez mais, os enfermeiros desejam saber como podem diminuir o sofrimento e promover o bem-estar, o conforto e qualidade de vida do doente e apoiar a família nesta situação de doença complexa. Cabe ao enfermeiro especialista alertar para a prestação de cuidados de qualidade a esta tipologia de doentes, atendendo sempre à filosofia e aos princípios dos CP e a ética e deontologia profissional.

Por fim, importa referir que o acesso aos CP é um direito humano fundamental. Várias associações mundiais trabalham arduamente para que tal acontecesse pois os governos de muitos países não estavam a dar os passos necessários para assegurarem que os doentes que necessitavam destes cuidados tivessem acesso aos mesmos. Desde 2009, que o seu acesso é uma obrigação legal, reconhecida pelas Convenções das Nações Unidas. (The Prague Charter: Palliative Care - A Human Right, 2009)

### 2.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

No que se refere ao domínio da qualidade, importa referir que foi elaborado um documento sobre os Padrões de Qualidade da Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa onde refere que os cuidados prestados nesta área são altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com doença crónica avançada ou em fase final de vida e aos seus familiares/cuidadores, seja em contexto hospitalar, seja em serviços de saúde na comunidade. O enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa é aquele que presta cuidados

nesta área e tem como preocupações a maximização do bem - estar, do conforto, da qualidade de vida, diminuindo o sofrimento, preservando a sua dignidade, sempre em estreita colaboração com a restante equipa multidisciplinar (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico - Cirúrgica, 2014).

Os mesmos autores definiram cinco categorias de enunciados descritivos atendendo às competências definidas para esta área de especialidade em enfermagem: a satisfação do doente e família, a promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento, a prevenção de complicações, a (re) adaptação funcional às perdas sucessivas e a organização dos cuidados de enfermagem. Considero que estes enunciados constituíram uma ferramenta importante que ajudou a precisar o meu papel junto dos doentes, familiares e de outros profissionais de saúde.

A Unidade de CP do HDJA, tal como o SMI-HNM, foi acreditada recentemente, estando no nível Bom. Importa mencionar que esta é a única unidade de CP de todo o país acreditada pelo modelo ACSA.

O IPOCFG, aderiu em setembro de 2000 ao programa internacional de acreditação *King's Fund - Health Quality Service*, dando o primeiro passo para a implementação de um sistema formal de melhoria da qualidade na instituição. Após um longo caminho, em 2005, o IPOCFG obteve a sua primeira acreditação total pela entidade acreditadora *Health Quality Service*. Em finais de novembro de 2008, a instituição submeteu-se a uma auditoria externa com vista à reaccreditação pela entidade acreditadora, atualmente designada por *CHKS - Health Accreditation and Quality Unit*. A reaccreditação tem sido renovada todos os anos.

A instituição anterior também está acreditada pela *Organization of European Cancer Institutes* desde 2011. Esta é uma acreditação mais específica para o setor onde o IPOCFG se insere e constitui uma mais-valia no caminho de uma prestação de cuidados de qualidade preconizados na área da oncologia.

Importa referir que a APCP publicou no ano de 2006 um documento sobre a temática dos Critérios de Qualidade para Unidades de CP. Este documento foi criado atendendo aos princípios dos CP. De facto, um dos principais objetivos dos CP é a obtenção da melhor qualidade possível para os doentes e as suas famílias/ cuidadores, pelo que as equipas têm o dever e a responsabilidade de proporcionar cuidados de qualidade.

A definição de critérios de qualidade é central para a garantia e a monitorização da mesma, nos diferentes recursos específicos de CP e, também para uniformização das práticas assistenciais. Os critérios assentam em três componentes primordiais: os cuidados

ao doente e à família, o trabalho em equipa multidisciplinar e a avaliação e melhoria da qualidade (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

Os cuidados ao doente e à família englobam a avaliação das necessidades do doente e família, o estabelecimento de objetivos terapêuticos, os cuidados ativos, globais e integrados ao doente e família e a educação/ formação do doente e família. Notei que em ambos os locais de estágio são avaliadas, reavaliadas e registadas as necessidades do doente e da família. O grau de dependência de cada doente é avaliado e registado e é definido um plano terapêutico personalizado para o doente. Existe um guia de acolhimento para o doente/ família e os serviços dispõem de um período de visitas alargado, sendo que o familiar mais próximo do doente pode permanecer 24 horas junto deste. O cuidador principal é identificado desde o primeiro momento do apoio assistencial. Todas as intervenções e cuidados são sujeitos ao consentimento informado.

As principais diferenças entre as duas Unidades foram observadas nos cuidados ao doente e à família, nomeadamente no apoio ao luto e na avaliação e registo frequente da intensidade dos sintomas prevalentes. Na UCP do HDJA, existe um plano específico e personalizado de apoio ao luto e o risco de luto patológico do cuidador principal é avaliado e registado. Este projeto é da responsabilidade de duas enfermeiras que têm a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e um gosto especial por esta área. Quando são identificadas situações de risco, os familiares são apoiados pelos Enfermeiros da Unidade e feito o encaminhamento para a psicóloga que dá apoio à Unidade. No SCP do IPOCFG não existe nenhum plano formal de apoio ao luto, quando são identificados situações de possível luto patológico, os enfermeiros do serviço fornecem apoio emocional e realizam o encaminhamento para a área da psicologia.

No HDJA, a ESAS - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Neto, 2006b), é um instrumento de trabalho usado com recorrência. Esta fornece uma visão geral dos sintomas do doente e foi construída para auxiliar na avaliação dos nove sintomas mais frequentes em doentes oncológicos e depois foi alargado o seu uso para todos os doentes em situação paliativa. Avalia a dor, náusea, cansaço, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia. É uma escala de autoavaliação onde o doente pode acrescentar mais um sintoma que o esteja a afetar. Fornece um perfil clínico da severidade dos sintomas, no entanto para um bom controlo sintomático, deve ser usado apenas como parte de uma avaliação clínica holística.

No IPOCFG, a ESAS não é usada sistematicamente, no entanto utilizam a escala numérica ou a verbal para avaliar os sintomas mais frequentes. De facto, e tal como nos

refere Goncalves (2001), estas escalas são usadas essencialmente para avaliação da dor, mas também podem ser utilizadas para avaliação de outros sintomas frequentes em CP.

O trabalho em equipa multidisciplinar engloba os sistemas de trabalho em equipa, o cuidado e suporte da própria equipa, a formação contínua e a investigação e a coordenação entre diferentes níveis de unidades e outros serviços de apoio (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006). Constatei que as equipas estão devidamente estruturadas, com identificação dos coordenadores e funções dos demais elementos, as equipas interdisciplinares reúnem-se regularmente (uma vez por semana) e existem protocolos de cuidados e de atuação sobre diversos sintomas comuns em CP. Existe uma boa coordenação entre os serviços de internamento e outros serviços de apoio, sendo de ressaltar o papel do assistente social que diariamente tenta resolver os inúmeros problemas sociais que surgem.

A avaliação e a melhoria da qualidade engloba os sistemas de registo e de documentação, os sistemas de informação e monitorização e a melhoria da qualidade. Em ambos os locais de estágio, a história e os processos clínicos são únicos e multidisciplinares. No entanto reparei que não há uma avaliação formal do grau de satisfação do doente da família. É recomendado que este seja avaliado frequentemente, em particular no que se refere às respostas às necessidades e à prestação de cuidados por parte da equipa (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

Constatei que no IPOCFG existem voluntários que estão presentes no Serviço algumas horas ao longo do dia. São pessoas com formação básica em CP e que trazem ao serviço, aos doentes e aos familiares uma riqueza humana particular no acolhimento, na presença e na escuta. De facto, de acordo com o PNCP, a integração de voluntários nas equipas é um elemento importante da qualidade dos cuidados. Os voluntários constituem um elo fundamental entre a comunidade e o doente, a família e os próprios profissionais de saúde (Direcção Geral da Saúde, 2004). Importa referir que no HDJA, a Unidade não dispõe de voluntários, mas faz parte dos seus projetos futuros

O enfermeiro especialista identifica oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades nas mesmas. Assim, e considerando que na UCP do HDJA, as transfusões de componentes sanguíneos são raras, identifiquei alguns aspetos de melhoria. Com base no Manual de Transfusão de Componentes Sanguíneos do SESARAM E.P.E e recomendações científicas que têm de ser conhecidas e aceites pelos profissionais de saúde foram lembrados os cuidados de enfermagem com o componente a transfundir, na fase pré-transfusional, transfusional e pós-transfusional.



Ficou patente que os profissionais da área da enfermagem esperam que os enfermeiros especialistas detenham conhecimentos avançados sobre qualidade e diversas áreas da prestação de cuidados e recorrem frequentemente ao enfermeiro especialista para esclarecimento de dúvidas.

No que concerne à promoção de um ambiente seguro, observei uma série de atitudes que garantem a segurança do doente, sendo de salientar a administração segura de medicamentos (controlo de estupefacientes, controlo da validade da medicação, armazenamento adequado, correta identificação do medicamento) os cuidados de segurança na oxigenoterapia, a segurança na comunicação, entre outros.

Foi visível uma preocupação acrescida pela prevenção das úlceras de pressão e de queda, designadamente a monitorização das escalas (escala de Braden e escala de Quedas de Morse) e a elaboração de planos de dirigidos a estes focos de enfermagem.

Em termos espirituais, há a preocupação de satisfazer as necessidades do doente e da família. Foi também visível uma sensibilidade e respeito de todos os profissionais de saúde pela identidade cultural do indivíduo.

### 2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar e a adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Enquadro a UCP do HDJA e o SCP do IPOCFG no modelo organizativo das Unidades de CP nível II, pois:

1) São prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente os CP e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas;

2) São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em CP e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual; como já referido anteriormente, no SCP do IPOCFG nem todos os profissionais de saúde têm formação diferenciada em CP, principalmente os enfermeiros que estão com contratos de substituição/ curta duração (Direcção Geral da Saúde, 2004).

De acordo com as recomendações da APCP (APCP) (2006), as condições físicas das unidades de internamento auxiliam os recursos humanos na aquisição de resultados.

Ambos os serviços de internamento dispõem de um espaço diferenciado que garantem todas as comodidades para os doentes e os seus familiares. Toda a estrutura, instalações, mobiliário e decoração procuram promover o conforto e a adequação às especificidades dos doentes, transmitindo bem-estar e serenidade.

A APCP (2006) enumerou uma série de recomendações para a organização do trabalho assistencial. Considero que estas são fomentadas nos dois locais de estágio, pude aperceber-me que há ausência de restrições no horários das visitas, o horário da higiene e das refeições é adaptado atendendo às necessidades do doente e às suas vontades expressas, a família é envolvida nos cuidados sempre que assim deseja, os profissionais colocam o doente e a sua família no centro dos planos, respeitando a sua vontade e privacidade e diariamente são realizadas curtas reuniões onde a informação é atualizada e as reuniões mais longas são realizadas com regularidade, normalmente com intervalo semanal.

O trabalho em equipa multidisciplinar é a metodologia preferencial de trabalho em CP, constituindo um dos seus pilares.

Analisando a composição da equipa multidisciplinar de ambos os locais de estágio considero que ambas cumprem com a quase totalidade das recomendações descritas no PNCP. Mais uma vez, a diferença está relacionada com a integração de voluntários nas equipas de CP, já mencionado anteriormente.

Em termos de gestão de cuidados, pude colaborar ativamente nas decisões em equipa multiprofissional.

Como nos restantes locais de estágio, processo de enfermagem e a CIPE foram instrumentos de trabalho utilizados com recorrência pelos enfermeiros. Notei que o enfermeiro especialista e/ou com formação avançada em CP detém uma visão mais abrangente sobre o doente paliativo e a sua família, mobilizando informação e conhecimentos relevantes para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem mais adequados e intervenções de enfermagem dirigidas.

#### 2.1.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais

A APCP (2006) salienta que a formação é um fator crítico de sucesso em qualquer equipa de CP e que a enfermagem em CP é uma área muito específica, que requer uma robusta formação de forma a assegurar uma prestação de cuidados de qualidade, no âmbito da equipa trans e interdisciplinar. Também o PNCP reconhece que é fundamental a

preparação técnica, a formação teórica e a experiência prática efetivas dos profissionais que trabalham nesta área referindo que:

"a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo exigente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso exigem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva. (...) A formação diferenciada na área dos CP, é, assim, um aspecto essencial e imprescindível para a organização e qualidade deste tipo de cuidados" (Direcção Geral da Saúde, 2004).

A primeira unidade de competência do domínio das aprendizagens profissionais alerta para a necessidade de o enfermeiro especialista deter uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, pelo que este estágio de opção foi uma oportunidade única de desenvolver competências nesta área específica do cuidar em enfermagem médico - cirúrgica, sempre com o objetivo de melhorar os cuidados prestados aos doentes e respetivos familiares na prática profissional diária.

O plano curricular do mestrado, nomeadamente a disciplina de CP, contribuiu bastante para o aumento de conhecimentos, mas o investimento pessoal para me manter atualizada cientificamente e o desejo de crescimento profissional teve também um papel importante para aquisição de competências neste domínio.

O enfermeiro especialista deve gerar respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional. Um dos itens que considerei mais difíceis de alcançar refere-se à gestão de sentimentos e emoções de forma a dar uma resposta eficiente, pelo que tive necessidade de fazer uma pesquisa sobre esta temática.

Segundo Twycross (2001) os CP submetem os profissionais de saúde a muitos fatores de *stress*, estes incluem a comunicação de más notícias, a adaptação à inexistência de cura médica, a exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabelecerá uma relação, o envolvimento em conflitos emocionais, a exposição frequente aos sentimentos de tristeza e mágoa expressos pelos doentes e familiares e a confrontação com os idealismos e crenças pessoais. Notei ao longo do estágio que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, lidam frequentemente com estes fatores de *stress*.

Se a exposição ao *stress* for frequente, este pode evoluir para uma situação de exaustão. Tive a curiosidade de fazer uma pesquisa sobre os níveis de *burnout* nos profissionais de saúde que trabalham em CP. Na pesquisa efetuada, encontrei um estudo efetuado por Carvalho et al (2014), cuja população estudada era constituída por médicos e enfermeiros que exercem a sua profissão em Unidades de CP e os objetivos eram

caraterizar os níveis de *burnout* e identificar fatores associados a este *síndrome*. Neste estudo 3% dos profissionais encontravam-se em *burnout* e 13% apresentavam alto risco de o desenvolver.

As principais conclusões do estudo anterior foram que, embora os médicos e os enfermeiros estejam expostos a fatores de risco, tal não se repercute em elevados níveis de *burnout*. A existência de conflitos com outros profissionais de saúde é um fator de risco elevado para a ocorrência deste *síndrome*. Neste sentido, uma das sugestões do estudo é estimular a comunicação e articulação entre os profissionais das equipas de CP e os que exercem funções noutros serviços (Carvalho, et al., 2014).

Bernardo, Rosado e Salazar (2006) também mencionam algumas estratégias para reduzir o risco de conflitos nas equipas de CP e de *burnout* nos seus elementos, salientando a necessidade de uma liderança e comunicação eficazes, feedback positivo, reuniões regulares com os elementos da equipa multidisciplinar, estar atentos ao aumento de *stress* dos elementos da equipa, organizar a equipa clarificando os papeis de cada um, clarificar objetivos e prioridades das equipas, refletir sobre a vida e a morte, conhecer os seus próprios limites, manter uma atitude positiva e humor e construir um suporte social estando e gostando de estar com os outros, sendo que algumas destas estratégias estão presentes nas equipas de CP que fiz parte.

O enfermeiro especialista deve basear a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, por tal deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na sua área da especialidade. Considero que atuei como formadora oportuna no contexto de trabalho e identifiquei necessidades formativas. Uma destas estava relacionada com a avaliação da dor no doente incapaz de comunicar no contexto de CP. O auto relato do doente é a forma mais eficaz e fidedigna de avaliar a dor, no entanto no que se concerne ao doente em fim de vida, o auto relato dificilmente será possível pois, com o evoluir da doença, as capacidades cognitivas estão frequentemente afetadas e tendem a deteriorar-se com o aproximar da morte (Coyne, Herr, Manworren, McCaffery, & Merkel, 2011).

No doente que não é capaz de comunicar a avaliação comportamental é a única forma de que se dispõe para a avaliar a dor, associada aos indicadores fisiológicos. Trata-se, neste caso, de uma hetero-avaliação. Este tipo de avaliação é realizada por diferentes membros da equipa, em diferentes alturas do dia onde é pretendido tornar objectivo algo que é subjectivo. As escalas comportamentais são instrumentos úteis na avaliação da

experiência dolorosa, apesar de não conseguirem exportar totalmente esta experiência (Metzger, Mullher, Schwetta, & Walter, 2002).

Na Unidade de CP do HDJA não existia nenhum instrumento que fosse aplicado aos doentes com as características anteriores, pelo que achei fundamental realizar uma formação sobre a avaliação da dor no doente incapaz de comunicar, onde dei a conhecer duas escalas que foram traduzidas e validadas para português: a escala Doloplus - 2, validada pela Enfermeira Hironcina Guarda no âmbito do Curso de Mestrado em CP, e a Abbey Pain Scale, validada pela enfermeira Alexandra Rodrigues no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem - Médico Cirúrgica. Os elementos presentes na formação consideraram a mesma positiva e relataram que trouxe novos conhecimentos sobre esta área, tendo solicitado que disponibilizasse a apresentação da formação de forma a ser consultada pelos elementos que não puderam estar presentes, bem como as fontes bibliográficas mais relevantes que serviram de base para o trabalho efetuado.

No SCP do IPOCFG atuei como dinamizadora e promotora da incorporação de conhecimentos no contexto da prática cuidativa ao partilhar alguns artigos científicos sobre o controle de sintomas, a via subcutânea e a administração de medicação por esta via com a enfermeira tutora e com a restante equipa de enfermagem.

Por tal, considero que fui, de certa forma, agente de mudança e promovi a prática baseada na evidência, pesquisando e incentivando a procura de artigos de investigação da área.

## **2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**

Segundo o Regulamento n.º 188/ 2015 de 22 de abril da OE, o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa toma como alvo de intervenção a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, bem como os seus cuidadores, família e o grupo social de pertença, resguardando a sua dignidade, promovendo a sua qualidade de vida de reduzindo o sofrimento, sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar.

O Regulamento anterior descreve que competências específicas do enfermeiro especialista são o cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelecer uma

relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação à perdas sucessivas e à morte.

### 2.2.1. Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida

Tal como anteriormente referido, em CP, a unidade de cuidados é o doente e a sua família, não podendo ser consideradas realidades distintas. Com a realização do estágio de opção, tive o privilégio de cuidar do doente e da sua família em diferentes contextos, internamento, no HDJA e no IPOCFG, e no domicílio, no HDJA.

No que se refere à primeira unidade de competência, é referido que o enfermeiro deve identificar as necessidades de cuidados e os níveis de dependência dos doentes a quem presta cuidados. De facto estas são premissas que também são salientadas pela APCP, e que por si só, são consideradas critérios de qualidade. No que se refere às necessidades, deve ser feita uma apreciação global das mesmas, atendendo às variáveis físicas mas também psicológicas, sociais e espirituais, que devem ser avaliadas no momento da anamnese inicial. Esta deve de ser registada e reavaliada sempre que necessário. Relativamente ao grau de dependência, a APCP menciona que é critério de qualidade a avaliação e o registo dos graus de dependência em cada doente, registando a evolução do doente ao longo processo de cuidar e os ganhos em saúde. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

Considero que estes dois aspetos são tidos em consideração nos dois locais onde realizei estágio de CP. No momento do acolhimento é feita uma apreciação inicial segundo um modelo teórico, em ambas as instituições, o Modelo Teórico de Nancy Roper, e são avaliados os níveis de dependência dos doentes. Estes aspetos são as bases para a elaboração do plano de cuidados dirigido e individualizado. Importa referir que o modelo de Nancy Roper é transversal a todo o SESARAM E.P.E, pelo que também foi usado no SU e no SMI-HNM, bem como a linguagem CIPE na elaboração do plano de cuidados.

Desenvolvi diversas pesquisas de forma a aprofundar conhecimentos nesta primeira unidade de competência, em particular relacionadas com a identificação das preocupações e medos do doente em fim de vida de forma a ajudar a colmatá-las e assim, reduzir o

sofrimento e preservar a sua dignidade. De facto, o conceito de dignidade é vasto e pode ser abordado de uma forma holística pois envolve um série de aspetos, nomeadamente o conforto físico mas também considerações psicológicas, espirituais, culturais e sociais (Neto, 2006c).

O autor anterior citou Chochinov (2002) que escreveu um artigo em que um dos objetivos era dar a conhecer os medos e preocupações dos doentes em fim de vida que, de certa forma, pudessem por em causa a dignidade destes. Estes podem estar relacionados com a doença, mas também com o próprio e o meio social. No que concerne à doença, as principais preocupações dos doentes são: medo de dor e de outros sintomas, angústia face à incerteza do futuro, medo da morte, medo de perder a autonomia funcional e as capacidades cognitivas, medo de não ter uma papel ativo nas tomadas de decisão. No que se refere ao segundo item, os desejos dos doentes é que consigam manter os papéis e o orgulho próprio, manter a esperança realista, preservar a sua autonomia, apreciar a sua história de vida, aceitação e resiliência, viver o presente e procurar conforto espiritual e/ou religioso. O último item compreende sobretudo as fronteiras da privacidade, principalmente ao nível dos cuidados prestados, a necessidade de garantia de apoio social, evitar a sobrecarga dos seus cuidadores e resolver assuntos que estejam pendentes.

Nas diversas definições de CP é evidente a preocupação com a prevenção e controlo dos sintomas, através da adequada identificação, avaliação e tratamento dos mesmos. De facto, a progressão da doença oncológica terminal normalmente envolve múltiplos sintomas não só físicos, mas também psicológicos, espirituais e sociais que ocorrem devido à progressão da doença primária, tratamento ou das suas comorbilidades. O controlo destes sintomas é fundamental para a qualidade de vida dos doentes (Sousa, 2012).

Aquando da minha prática em contexto de CP, notei que no caso do doente paliativo, estão presentes diversos sintomas descontrolados em simultâneo. Tal circunstância exige do enfermeiro uma avaliação mais exaustiva e medidas de controlo mais complexas. Por tal, o enfermeiro, no seu papel autónomo, explora as necessidades da pessoa com vista a estabelecer um plano de cuidados, apoiando-se nos seus conhecimentos profissionais e no que a pessoa refere ser prioritário para ela. A avaliação aprofundada do sintoma é fundamental e só pode haver alívio do mesmo se os objetivos estabelecidos forem realistas e se a pessoa tiver a certeza que tudo o que é possível está a ser utilizado para a ajudar (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Palitivos, 2000).

Com a finalidade de identificar os sintomas mais comuns no doente paliativo, realizei uma pesquisa bibliográfica, da qual saliento um estudo realizado por Sousa (2006) cujo objetivo era identificar os sintomas e intervenções realizadas pelos profissionais de saúde com o intuito de os controlar numa UCP da Rede de Cuidados Continuados. A autora concluiu que, no dia em que os doentes deram entrada nessa Unidade, os sintomas mais presentes foram a astenia, a dor, a dispneia, a xerostomia, a sede, a anorexia, a insónia, a confusão e a tristeza.

O sistema informático do SESARAM E.P.E permite consultar indicadores sobre os planos de cuidados de enfermagem. Durante o tempo que realizei estágio na UCP do HDJA, os focos mais frequentes relacionados com os sintomas mais comuns no doente paliativo foram: delírio, obstipação, dor, cansaço, confusão e dispneia, tal como poderá ser visualizado no Apêndice B.

Para controlar um determinado sintoma os profissionais de saúde devem ter em consideração uma série de princípios:

- Avaliar antes de tratar: determinando bem as causas dos sintomas e o seu mecanismo fisiopatológico. O impacto emocional e físico dos sintomas, a sua intensidade e os fatores que o condicionam devem de ser esclarecidos;
- Explicar a causa dos sintomas: o doente e a família devem de ser esclarecidos sobre a razão de determinado sintoma e as medidas terapêuticas que podem ser instituídas;
- Não esperar que o doente se queixe: antecipar o aparecimento de sintomas previsíveis em certos contextos clínicos, não atrasar o tratamento do sintoma pois pode dificultar a resposta terapêutica e a adaptação do doente;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista: adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Monitorizar os sintomas: utilizar instrumentos de medida standardizados;
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas: estabelecer objetivos realistas com o doente e estabelecer prioridades atendendo os sintomas que mais incomodam o doente;
- Cuidar dos detalhes: de forma a otimizar o controle dos sintomas e minimizar os efeitos secundários adversos das medidas terapêuticas instituídas (Neto, 2006b).



Considero que, no geral, estes princípios foram tidos em consideração nos locais onde realizei estágio de CP. Apercebi-me que, no controlo dos sintomas, as prioridades são estabelecidas pelo doente atendendo ao que é mais incómodo para si, o que nem sempre corresponde à opinião do prestador de cuidados. O primeiro a avaliar é sempre a pessoa que está doente e só quando não é possível a auto-avaliação é que se procede a hetero-avaliação (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, 2000). Tal facto também está de acordo com o mencionado pela OE (2015): a avaliação dos sintomas deve ser feita consoante a sua intensidade e a prioridade para o indivíduo, usando para tal escala e ferramentas adequadas e o doente e seus familiares devem ser parceiros ativos na construção e atualização do plano de intervenção.

Considero que ao longo do estágio adotei medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio dos sintomas. Identifiquei e atuei em tempo útil em situações de agudização. Em ambos os locais de estágio existem protocolos de atuação para os sintomas mais frequentes no doente paliativo, o que permite atuar logo que é identificado um sintoma descontrolado, dispensando, a maior parte das vezes, o contacto do médico antes de atuar farmacologicamente. Tal facto permite reduzir, o mais rapidamente possível, o desconforto causado por esse sintoma.

De entre as estratégias para promover o conforto e promover um adequado controlo sintomático, a administração de fármacos é fundamental. Embora a via oral seja a via de eleição para a administração de medicação e hidratação, existem diversas situações em que tal não é possível, sendo necessário recorrer a uma alternativa fiável.

A via subcutânea causa menor desconforto e é menos invasivo que a via endovenosa ou intramuscular. Ao longo do estágio pude prestar cuidados de enfermagem na administração de medicação e de soro no tecido subcutâneo e inteirar-me das suas indicações, vantagens, contra - indicações e complicações mais comuns. Pude também aplicar as práticas recomendadas para a administração de medicamentos e soroterapia por esta via.

No que se refere ao controlo dos sintomas importa também mencionar que elaborei um processo de enfermagem fundamentado sobre o cuidar o doente paliativo com descontrolo de sintomas onde pude aperceber-me da complexidade desta temática. Incidi sobre os sintomas predominantes na doente a que se referia o estudo de caso: a dispneia e a astenia. Ambos, são particularmente complexos, angustiantes e perturbadores e podem causar grande sofrimento para o doente e os seus familiares, sendo imperativo uma abordagem global destes problemas (Azevedo, 2006; Nascimento, 2006) A elaboração

deste trabalho contribuiu positivamente para o aprofundar de competências no cuidar dos doentes em situação crónica e paliativa, pois considero que adoptei medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlar estes sintomas, diminuí o seu sofrimento, maximizei o seu bem-estar e contribuí positivamente na sua qualidade de vida.

O apoio à família é um dos pilares dos CP, o que por si só demonstra a sua importância neste contexto. Na Unidade de CP do HDJA tive o privilégio de prestar CP no contexto do domicílio.

Nas visitas domiciliárias apercebi-me da importância da família no contexto de CP no domicílio. Tal como mencionei numa reflexão de estágio: "O apoio e a participação da família são importantes, independentemente do local de prestação de cuidados, no entanto, é importante o enfermeiro ter consciência que a família também apresenta necessidades que devem ser alvo de atenção". Neste sentido procurei identificar as principais necessidades da família no contexto de CP. No estudo de Fridriksdottir, Gunnarsdottir e Sigurdardottir (2006) foram identificadas diversas necessidades dos familiares/ cuidadores. Destas, destaco as dez principais:

- Sentir que os profissionais se preocupam com os doentes;
- Ter a certeza que está a ser prestado os melhores cuidados possíveis;
- Obter respostas honestas às suas dúvidas/ perguntas;
- Receber informações sobre os cuidados a ter com o doente no domicílio;
- Adquirir explicações que sejam compreensíveis (evitar linguagem técnica);
- Ser informado sobre as alterações no estado de saúde do doente;
- Conhecer factos relativos ao prognóstico do doente;
- Saber quais os sintomas que podem surgir e o seu tratamento;
- Conhecer o percurso provável da doença do doente;
- Entender os cuidados que o doente está a receber da equipa de saúde.

De facto, pude aperceber-me de grande parte destas necessidades durante o estágio. Ao atendê-las, o enfermeiro promove a adaptação da família à situação de doença do seu familiar.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem ao doente em fase agónica. Esta é uma etapa de grande impacto no doente, na família e na equipa de cuidados, revestindo-se de grande importância para todos. É um período de despedidas, de expressão de sentimentos, de encerrar ciclos, de conclusões, o que carece de alguma intimidade e tranquilidade (Neto, 2006a)

Notei que o plano de cuidados é reajustado atendendo a esta fase da doença, as necessidades globais do doente e da família continuam a ser comaltadas, dando ênfase ao controlo rigoroso dos sintomas e ao apoio psico-emocional da pessoa e dos seus cuidadores. O objetivo primordial dos cuidados é o conforto do doente.

Neste sentido, perante um doente agónico a via de administração da medicação deve ser adequada pois a via oral raramente é possível devido às alterações na deglutição; a medicação deve ser adequada e simplificada prescindindo de fármacos sem utilidade imediata, mantendo fármacos como os analgésicos, anti-eméticos, o diazepam e o midazolam e introduzindo outros fármacos, nomeadamente a butilescopolamina; estabelecer um conjunto de medidas gerais que proporcionam bem estar e conforto; e apoiar a família nesta fase, proporcionando linhas de orientação claras, esclarecendo em que consiste a fase agónica e o que poderá esperar, explorando os sentimentos da família, clarificando as necessidades do doente nesta fase; e ajudando os cuidadores a dividirem as tarefas e a planearem os cuidados de forma a guardarem algum tempo para si. (Neto, 2006a)

Em modo de finalização deste subcapítulo, recordo o descrito numa reflexão de estágio:

"atender a todas as necessidades do doente e da sua família é realmente um grande desafio de todos os profissionais de saúde, no entanto, os enfermeiros são os elementos da equipa de saúde que estão mais próximos do doente e da sua família e têm, deste modo, uma posição privilegiada para ajudá-los a resolver os problemas que vão surgindo."

### 2.2.2. Estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte

De acordo com o Regulamento n.º 188/ 2015 de 22 de abril da OE, o enfermeiro especialista otimiza os resultados em CP, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas do cuidar. A relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, passíveis de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo, assim como adaptáveis a diversos contextos. Neste contexto, deve promover parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família e respeitar a singularidade e

autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto.

As bases de intervenção do doente em CP assentam em determinadas áreas fundamentais: a oferta de cuidados globais que tenham em conta os aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, devendo estes cuidados serem prestados de uma forma personalizada e verdadeiramente centrada no doente; a promoção da dignidade e autonomia do doente, devendo estas reger as decisões terapêuticas; conceção terapêutica ativa, através de uma atitude reabilitativa que leva os profissionais de saúde a ultrapassar o não há nada a fazer; importância do tipo de ambiente, já que uma atmosfera de respeito, apoio e conforto e uma comunicação aberta são fundamentais para uma decisão terapêutica adequada. (Neto, 2006c)

Sendo certo que o doente faz parte integrante da equipa de cuidados e não um mero recetor de cuidados, é chamado a participar ativamente na definição do plano terapêutico. Neste processo de decisão terapêutica devem estar patentes o respeito pela dignidade humana e o respeito pela autonomia.

No que se refere à dignidade humana, este é valor moral e espiritual atribuído a qualquer ser humano decorrendo do facto de o reconhecermos como igual a nós próprios e, por conseguinte, nos suscitar igual respeito pela sua singularidade individual (Aministia Internacional, 2002).

O respeito pela autonomia está relacionado com a sua autodeterminação em tomar decisões sobre si próprio e sobre a atuação do outro em si. A autonomia pressupõe a livre escolha do doente sobre a aceitação ou recusa de determinada intervenção em si próprio, partindo do pressuposto que este possui informação suficiente para tomar a decisão, dado ao doente um papel ativo na participação dos seus cuidados de saúde. Este princípio implica a promoção tanto quanto possível de comportamentos autónomos por parte dos doentes, informando-os convenientemente, assegurando a correta compreensão da informação ministrada e a livre decisão. Para que isto seja possível o doente tem de ter conhecimento do seu diagnóstico, prognóstico e plano terapêutico, porque apenas desta forma poderá atuar e envolver-se ativamente nos cuidados (Calado, 2014).

Notei ao longo do estágio que, apesar de os doentes estarem acometidos de uma doença grave, incurável e com prognóstico de vida limitado, as necessidades de autonomia e de autorrealização mantêm-se, pois os doentes querem cooperar ativamente nas decisões relacionados com a sua doença e participam ativamente na definição do plano terapêutico.

No que se refere aos cuidados de enfermagem, notei que os doentes também têm

um papel muito ativo no seu planeamento. Muitas vezes, era o doente que definia grande parte do plano de cuidados diários, desde o horário das refeições, dos cuidados de higiene e dos posicionamentos. Notei que alguns doentes colaboravam ativamente na gestão do controlo dos sintomas pois já tinham conhecimento das medidas não farmacológicas mais eficazes para controlo de determinado sintoma.

A principal preocupação dos enfermeiros era de facto, a promoção do conforto do doente e da sua família e os planos terapêuticos refletiam essa preocupação.

Um dos princípios dos CP é aceitar a morte como um processo que ocorre naturalmente. No entanto, esta é negada por muitos o que dificulta os processos de luto. Ao longo do estágio lidei com vários processos de morrer, tendo-se tornado fundamental compreender como os cuidadores/ familiares vivem o processo de fase terminal e de luto de forma a melhorar e adequar os cuidados prestados.

Nas minhas pesquisas encontrei um artigo de investigação cujos objetivos foram descrever os fatores que influenciam a vivência do processo de doença em fase terminal e de luto da morte da pessoa próxima e conhecer a influência da conduta do enfermeiro, atribuída pelo cuidador principal, sobre a vivência do processo de doença em fase terminal e de luto da morte da pessoa próxima (Barbosa, Nunes, & Pazes, 2014).

Uma das conclusões dos autores é que são vários os fatores que influenciam o processo de luto, principalmente a forma como o cuidador acompanha e lida com a pessoa doente até à sua morte; a ideia de que quem parte permanece, fazendo com que a pessoa que partiu permaneça na memória; o fim da vida é encarado como o fim do sofrimento principalmente nas situações em que o sofrimento esteve presente no fim de vida; o apoio da família e dos amigos, bem como o apoio dos profissionais de saúde; e a responsabilidade socioprofissional, ou seja, a vida quotidiana que não permite tempo/ oportunidade para chorar/ pensar na perda.

O mesmo estudo demonstra que a conduta do enfermeiro influencia a vivência do processo de doença em fase terminal e de luto da morte da pessoa próxima, sobretudo a comunicação e relação estabelecida com o cuidador, a disponibilidade demonstrada e os conhecimentos técnicos e cuidados instrumentais (valorização do saber fazer dos enfermeiros) e o conhecimento técnico sobre o processo de confiança na prestação de cuidados (o enfermeiro é um profissional conhecedor da situação e digno de confiança).

À medida que a doença evolui há uma degradação contínua no estado da pessoa. Por tal, ocorrem perdas com a qual a família tem dificuldade em lidar, tal como já referido anteriormente, uma delas está relacionado com o comer e o beber em fim de vida. Esta é

uma temática que, inicialmente, eu própria tive dificuldade em lidar, tendo necessidade de desmistificar alguns mitos relacionados com a alimentação em fim de vida pois estes atos elementares da vida quotidiana estão carregados de simbolismos e significados muito próprios.

Pesquisando sobre o assunto, pude então compreender que no fim de vida a anorexia não é vista como um sintoma mas como um fenómeno protetor num organismo que já não tem capacidade para lidar com a ingestão dos alimentos. Se o doente não quiser ou não puder comer, não se deve forçá-lo pois vai apenas contribuir para o seu desconforto. A angústia dos familiares deve ser respeitada e compreendida e o enfermeiro deve explicar e tranquilizar. O apoio deve abranger a família, mas também o doente que também vive negativamente às perdas ao longo do processo de doença.

Outra unidade de competência está relacionado com o estabelecimento de objetivos e metas de cuidados, que devem ser mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico e para tal o enfermeiro tem de utilizar ferramentas de comunicação adequadas. Tive necessidade de explorar a temática da comunicação de forma a identificar estratégias que facilitassem a relação com o doente a sua família.

Bermejo (2011) identifica diversas atitudes fundamentais que o *counselling* (profissional) deve ter para fomentar a relação de ajuda: tríade rogeriana - ser autêntico, aceitar o cliente como uma pessoa única e admitir que cada um dos seus aspetos influencia a forma como se expressa e ser capaz de ver o mundo através dos olhos do seu cliente; aceitação incondicional e consideração positiva em relação ao cliente; ser empático - atitude na qual o profissional faz um esforço cognitivo, afetivo e comportamental para captar, da maneira mais justa possível, a experiência do outro, as suas necessidades, sentimentos, valores, dinâmicas, expectativas, desejos e recursos que possuiu.

No âmbito dos CP estão identificadas e são reconhecidas situações de comunicação bastante complexas, na qual se incluem a transmissão de más notícias, do diagnóstico e do prognóstico e a conspiração do silêncio. Ao longo do estágio lidei com duas situações específicas, nomeadamente a transmissão de más notícias e a conspiração do silêncio.

A existência de protocolos auxilia na transmissão de más notícias, pude aplicar o protocolo de *Buckman* que é constituído por seis fases distintas: conseguir o ambiente correto, descobrir o que a pessoa já sabe (doente ou membros da família), saber o que quer saber, partilhar a informação, responder às reações e no fim planear e acompanhar.

Vivenciei uma situação de conspiração do silêncio na Unidade de CP do HDJA onde a família não queria que o doente soubesse o diagnóstico e o prognóstico. Percebi que o doente, a família e a equipa de saúde são os atores intervenientes na conspiração do silêncio em CP. A conspiração pode ser mantida e ser considerada adaptativa e, neste sentido, não tem consequências negativas, podendo o doente viver tranquilamente, visto essa situação não lhe causar preocupação. No entanto, pode também ser não adaptativa e, nesse sentido, cria desconforto, angústia e isolamento, dificulta a abordagem da própria equipa, impede às despedidas, prolonga os processos de agonia e desfavorece a comunicação (Mendes, 2009).

Assim, as consequências negativas ultrapassam significativamente às positivas e os profissionais de saúde necessitam desenvolver diversas estratégias para anular essa conspiração.

Quando a conspiração do silêncio é desmantelada, o processo de cuidar fica facilitado, consegue-se cuidar num todo e todos têm os mesmos objetivos e ficam em sintonia, o doente pode ter uma morte tranquila e os relacionamentos no seio da família melhoram significativamente (Mendes, 2009).

Uma das estratégias utilizadas para desmantelar a conspiração do silêncio pela equipa do HDJA foi a realização de uma conferência familiar onde estiveram presentes elementos da equipa multidisciplinar e familiares do doente. Nesta, ficou decidido que, se o doente perguntasse sobre o seu diagnóstico e prognóstico, a equipa não ia ocultar informação ao doente, respondendo com sinceridade e honestidade. Infelizmente o doente apresentou um agravamento acentuado do seu estado de saúde, não sendo possível a comunicação deste tema com doente. Acabou por falecer nessa noite.

De facto, a conferência familiar é um instrumento de que os profissionais de saúde dispõem para apoiar as famílias e maximizar o sucesso das suas intervenções e facilitam a comunicação, em questões de fim de vida complexas, com os doentes e os familiares.

Junto da família, o enfermeiro especialista deve promover a esperança realista, bem como o ajuste de expectativas. Recordando alguns excertos de uma reflexão:

"Os enfermeiros têm emergido e desenvolvido competências no âmbito da esperança enquanto estratégia hábil no cuidar em fim de vida. Várias são as intervenções que podem ser implementadas com o intuito de promovê-la junto dos doentes: proporcionar conforto/ alívio dos sintomas; incentivar a expressão de emoções e sentimentos; facilitar o sentido de se encontrar ligado aos outros; ajudar a ver pequenas alegrias do presente; conhecer o seu objeto de esperança, ajudar a identificar áreas específicas de esperança na vida; facilitar a exteriorização de crenças religiosas, estabelecer objetivos realistas, a curto prazo; encorajar a partilha de experiências positivas passadas, no sentido de afirmação do seu valor próprio;

envolver o doente no seu próprio processo de tomada de decisão. (Herth, 2004 citado por Gaspar, 2013) "

O enfermeiro especialista também deve estar desperto para a problemática do *burnout* nos cuidadores. De facto, apercebi-me que um dos critérios de internamento era a exaustão do cuidador, principalmente quando se tratava de um doente idoso e/ou de um cuidador idoso. Notei que, pode ser complexo para os familiares lidarem com a perda das capacidades físicas e/ ou a deterioração cognitiva do doente em fim de vida. Como nos refere Fernandes (2009), as alterações provocados pela doença, os sintomas e/ou a instalação da demência priva a pessoa da memória, do raciocínio, da personalidade, da autonomia, da independência, perdendo as capacidades para a realização das mais simples tarefas do dia-a-dia. Tudo isto obriga a transformações radicais e à alteração de papéis na organização familiar, para além de provocarem aumento da morbilidade no cuidador principal. Esta experiência pode ser esgotante e perturbadora para a família, principalmente para o cuidador principal que, por vezes, deixa de reconhecer o familiar que sempre fez parte da sua vida.

Em síntese, este estágio em contexto de CP, permitiu-me o desenvolvimento de competências científicas e técnicas na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação paliativa e o aprofundar de competências comunicacionais e relacionais com o doente paliativo e os seus familiares, indo de encontro com aquilo que é esperado do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Por tal, considero que detenho a capacidade de identificar necessidades de intervenção especializada no doente paliativo e a sua família; conceber, implementar e avaliar os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva e holística da saúde do indivíduo, satisfazendo as suas necessidades, recursos, objetivos e desejos e promovendo a sua qualidade de vida e o bem-estar; e otimizar resultados de CP, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar.

Por fim considero que, o facto de os dois primeiros estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica terem sido dirigidos ao doente crítico e este, estágio de opção, ter sido dirigido à pessoa em situação paliativa tornou a Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica mais rica e completa. De facto, esta especialidade permite dotar o enfermeiro das ferramentas necessárias para cuidar da pessoa em estado crítico mas também da pessoa com doença crónica, incapacitante, dependente ou em fim de vida.



## CONCLUSÃO

Concluído o relatório de estágio, considero que a sua elaboração permitiu-me atingir os objetivos delineados inicialmente. A assimilação efetuada foi diversificada e resultou do conhecimento científico aprofundado, da prática profissional desenvolvida, das oportunidades e experiências significativas vivenciadas e das reflexões efetuadas ao longo dos estágios realizados.

O Estágio I e o Estágio II, realizados no contexto de urgência e no contexto de CI, foram fundamentais para a aquisição de competências comuns dos enfermeiros especialistas nos quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Tal como os Estágios I e II, o Estágio de Opção também permitiu dar continuidade ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, porém, dada a sua natureza, possibilitou desenvolver e consolidar competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, nomeadamente o cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Para além de competências específicas da minha área de especialização, considero que desenvolvi em simultâneo, capacidades fundamentais para ser-me conferido o grau de Mestre. Nesta linha, na elaboração do relatório julgo ter evidenciado conhecimentos e uma capacidade de compreensão aprofundados das situações vivenciadas, desenvolvendo uma prática baseada na evidência de forma a prestar cuidados especializados apropriados,

eficientes e dirigidos a cada doente e a sua família. A pesquisa da evidência foi essencialmente efetuada em bases de dados eletrónicas e em livros de referência da área da enfermagem. As diretrizes e guidelines nacionais e internacionais também foram uma excelente fonte de informação/ orientação dos cuidados pois são baseadas em evidência recente e nas opiniões de peritos na área, promovendo e permitindo uma prática mais segura e eficaz.

Considero que demonstrei ao longo do relatório de estágio que sei aplicar os meus conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares na minha área de estudo e que detenho capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitadas ou incompletas, inclusive realizar reflexões sobre implicações éticas e sociais que resultam dessas soluções e desses juízos ou que os condicionam.

Possuo capacidades de comunicar a minhas conclusões, e os meus conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, sendo que esta competência foi essencialmente desenvolvida na partilha de conhecimentos teóricos e práticos com os pares detentores e não detentores do grau de especialista e, pelas formações que concretizei ao longo dos estágios.

Detenho competências que me permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo, no entanto, considero que esta premissa já se encontrava enraizada desde o início da minha atividade profissional, pois sempre refleti sobre a minha prática, analisando o trabalho realizado e reconhecendo falhas, carências formativas e aspetos de melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Sempre procurei realizar formação específica na área da enfermagem médico-cirúrgica e estar a par da evidência científica mais atual. No entanto, tenho plena consciência que a aquisição de competências em enfermagem médico-cirúrgica não é um fim em si mesma, pois o enfermeiro especialista necessita atualizar o seu conhecimento e amadurecer a sua capacidade de reflexão e tomada de decisão em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados prestados. Por tal, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico - cirúrgica é um caminho que se faz continuamente ao longo do percurso profissional e da vida!

Concluindo... apesar das limitações decorrentes do pouco tempo disponível associado ao facto de ser estudante trabalhadora, considero ter atingido com sucesso os objetivos a que me propus com a elaboração deste relatório.



## **BIBLIOGRAFIA**

- Abreu, C. (2015). A perceção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: implicações para o planeamento de cuidados e para a formação. Tese de doutoramento. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra. FORMASAU - Formação e Saúde. Lda.
- Adams, H., Bruno, A., Connors, J., Jauch, E., Saver, J., Demaerschalk, B., . . . Yonas, H. (fevereiro de 2013). *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke*. Consultado a 20 de janeiro de 2017. Disponível em <http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/870>
- Almeida e Sousa, J. (2012). A resposta da Medicina Intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofe. *Acta Médica Portuguesa*, 25(1), pp. 37-43.
- Aministia Internacional. (2002). *Direitos Humanos Aqui e Agora*. Consultado a 20 de outubro de 2016. Disponível em [http://www.amnistia-internacional.pt/files/documentacao/DH\\_Aqui\\_e\\_Agora.pdf](http://www.amnistia-internacional.pt/files/documentacao/DH_Aqui_e_Agora.pdf)
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (1995). *Frequently Asked Questions*. Consultado a 22 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/faq.html>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade Para Unidades de Cuidados paliativos*. Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios\\_de\\_Qualidade-2006.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf)
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal*. Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio\\_da\\_Saude\\_Proposta\\_vf\\_enviado.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf)

- Azeredo, N., Dias, M., Iago, P., Machado, F., A., M., Menezes, A., . . . Viana, R. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), pp. 422-428.
- Azevedo, P. (2006). Dispneia. In A. Barbosa, & I. Neto, *Cuidados Paliativos* (1ª ed., pp. 177 - 188). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Azinhaga, A. (2014). Trabalho em equipa em contexto de emergência - Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico - Cirúrgico. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Azoulay, E., Capuzzo, M., Chiche, J., Delgado, M., Eddleston, J., Endacoot, R., . . . A., V. (janeiro de 2012). Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Intensive Care Med*, 38 (4), pp. 569-605.
- Barbosa, A., Nunes, L., & Pazes, M. (novembro/dezembro de 2014). Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspetiva do cuidador principal. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 95-104.
- Barr, J., Coursin, D., Dasta, J., Davidson, J., Devlin, J., Ely, E., . . . Jaeschke, R. (janeiro de 2013). Clinical Practice Guidelines for the Management Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patient in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41 (1), pp. 263-306.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor (Manual de estudo - Versão 1)*. Consultado a 23 de janeiro de 2017. Disponível em <http://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (1ª ed.). (A. Querós, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora.

- Bermejo, J. (2011). *Introducción al counselling (Relación de ayuda)*. Espanã: Centro de Humanización de la Salud.
- Borges, D. (2015). A comunicação com a família no contexto de cuidados intensivos. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo .
- Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: Edições ASA.
- Brook, P., Gauntlett-Gilbert, J., Jordan, A., & Rodham, K. (2015). Emergency Department Staff Attitudes Toward People Presenting in Chronic Pain: A Qualitative Study. *Pain Medicine*, 16, 2065-2074.
- Brykczynski, K. (2004). De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In M. Alligood, & A. Tomey, *Teorias de Enfermagem e a sua Obra (Modelo e Teorias de Enfermagem)* (A. Albuquerque, Trad., pp. 185-207). Loures: Lusociência.
- Calado, M. (2014). A autonomia do doente em fim de vida e a satisfação com a informação. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa
- Callaway, C., Donnino, M., Fink, E., Geocadin, R., Golan, E., Kern, K., . . . Zimmerman, L. (2015). Part 8: Post-Cardiac Arrest Care: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation, Suplemento 1*, pp. S465-S482.
- Campo, S. (2014). Necessidades da Família em Cuidados Intensivos: Tradução e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Candeias, A., Hoffmeister, L., Lage, M., Macedo, A., Mendes, C., & Sousa, M. (2016). Validação do Nursing Activities Score em Unidades de Cuidados Intensivos Portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), pp. 826-832.
- Capelas, M. (2009). Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos da Saúde*, 2, N.1, pp. 51 - 57.

- Carhuapoma, J., Connolly, E., Derdeyn, C., Dion, J., Higashida, R., Hoh, B., . . . Ogilvy, C. (3 de maio de 2012). Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Stroke*, pp. 1711 - 1737.
- Carvalho, A., Fonseca, A., Hernández-Marreco, P., Pereira, S., Ribeiro, O., & Teixeira, C. (novembro/ dezembro de 2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 55 - 64.
- Chambel, É. (2012). Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes . Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Chang, C., Chen, Y., & Su, C. (março de 2012). Care needs of older patients in the intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, N°21, pp. 825-832.
- Chiavone, P., & Zuchelo, L. (2009). Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(4), pp. 367-374.
- Comissão Nacional da Cuidados Paliativos (2017). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biênio 2017-2018*. Consultado a 10 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Comissão Regional do Doente Crítico (2009). *Um ano de reflexão e mudança!* Consultado a 10 de janeiro de 2017 Disponível em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Livro%20CRDC/Livro\\_CRDC.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Livro%20CRDC/Livro_CRDC.pdf)
- Consejería de Sanidad. (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Conselho da Europa. (2014). *Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de fim de vida*. Estrasburgo: Conselho da Europa.



- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2007). *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Coutinho, P., Esteves, F., Granja, C., Nóbrega, J., Paiva, J., Ribeiro, J., & Vaz, J. (setembro de 2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Consultado a 31 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Coyne, P., Herr, K., Manworren, R., McCaffery, M., & Merkel, S. (dezembro de 2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self- Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12 (4), pp. 230 - 250.
- Craig, J., & Pearson, M. (2003). Directrizes baseadas na evidência. In J. Craig, & R. Smyth, *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros* (M. Sampaio, Trad., pp. 187-210). Loures: Lusociência.
- Craig, J., & Pearson, M. (2003). Prática baseada na evidência em enfermagem. In J. Craig, & R. Smyth, *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros* (M. Sampaio, Trad., pp. 1-22). Loures: Lusociência.
- Diogo, C. (2007). Impacto da relação cidadão-sistema de triagem na requalificação das urgências do SNS. Dissertação de Mestrado. Instituto das Ciências do Trabalho e da Empresa - Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa.
- Direção de Serviços de Planeamento & Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (19 de maio de 2011). *Orientação n.º 017/2011 da Direção Geral da Saúde*. Consultado a 27 de janeiro de 2017. Disponível em <file:///C:/Users/Sandra/Downloads/i021925.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Norma 002/2015 de 06 de junho*. Consulta a 10 de janeiro. Disponível em

[http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGS\\_circular\\_normativa\\_15\\_2015\\_\\_triagem\\_e\\_referenciacao\\_interna\\_no\\_SU.pdf](http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGS_circular_normativa_15_2015__triagem_e_referenciacao_interna_no_SU.pdf)

Direção Geral de Saúde. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Consultado a 27 de janeiro de 2017. Disponível em <file:///C:/Users/Sandra/Downloads/i013367.pdf>

Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral de Saúde. (2006). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Consultado a 27 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Direcção Geral da Saúde. (13 de julho de 2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Consultado em 03 de Janeiro de 2017. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_-\\_Circular\\_Normativa\\_\(DGS\\_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)

Doenges, M., & Moorhouse, M. (1994). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um texto interactivo*. Lisboa: Lusodidacta.

Errasti-Ibarrondo, B., & Tricas-Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, N.º 4, pp. 179-188.

European Resuscitation Council . (2010). *Guidelines for Resuscitation 2010*. Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>

Fazio, J. (2011). A Prática da Enfermagem de Urgência: uma visão holística. In P. Howard, & R. Steinmann, *Sheehy Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (L. Leal, Trad., pp. 9-17). Loures: Lussociência.

Ferdinande, P., & Valenti, A. (outubro de 2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37 (10), pp. 1575-1587.

- Fernandes, I. (julho de 2010). Protocolos no Serviço de Urgência. *Nursing*, N.º 259.
- Fernandes, J. (2009). Cuidar no domicílio: A sobrecarga do cuidador familiar. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.
- Fernandes, S. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Ferreira, E., Marques, A., Matos, B., & Pina, E. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública, Volume temático (10)*, pp. 27-39.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Frias, A., & Lopes, H. (fevereiro de 2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: perceção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, N.º 6, pp. 55-58.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar: Um desafio Gulbenkian*. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em <file:///C:/Users/Sandra/Downloads/Brochura%20STOP%20Infe.pdf>
- Galdeano, L., Rossi, L., & Zafo, M. (maio/ junho de 2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, pp. 371 - 375.
- Galvão, A., Novo, S., & Rodrigues, S. (junho de 2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. *Novos Olhares na Saúde*, 518-529.
- Garcia, P., Nogueira, L., & Oliveira, A. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*, 50(4), pp. 679-689.
- Gonçalves, J. (2006). A boa morte: Ética no fim de vida. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

- Gonçalves, J. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos. (2016). *STOP - Infecção Hospitalar*. Consultado a 30 de janeiro de 2017. Disponível em [https://www.sesaram.pt/gcppcira/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25&Itemid=187](https://www.sesaram.pt/gcppcira/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=187)
- Grupo Português de Triagem. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formado* (2.<sup>a</sup> ed.). Portugal: Grupo Português de Triagem.
- Heslop, L., & Lu, S. (novembro de 2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (11), pp. 2469 - 2482.
- Horton-Deutsch, S. (2008). Alterações psicossociais. In M. Lough, K. Stacy, & L. Urden, *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos* (L. Abecasis, M. Leal, & F. Silva, Trads., 5<sup>a</sup> ed., pp. 59-80). Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra, Suíça.
- Kaplow, R., Relf, M., & Turner, K. (2013). Critical Care Nursing Practice: Promoting Excellence Through Caring, Collaboration, and Evidence. In D. Fontaine, & P. Morton, *Critical Care Nursing: A Holistic Approach* (10.<sup>a</sup> ed., pp. 1-14). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Martins, L., Oliveira, R., Santo, M., & Silva, L. (2014). Índices prognósticos na prática clínica de enfermagem em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 179-190.
- Mendes, T. (julho de 2009). *A conspiração do silêncio em Cuidados Paliativos: Os actores, contextos e práticas na perspectiva da equipa multidisciplinar*. Lisboa: Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico - Cirúrgica. (2014). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Consultado a 27 de outubro de 2016.  
Disponível em  
[http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf)
- Metzger, C., Mullher, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2009). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Consultado a 12 de janeiro de 2017. Disponível em  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta\\_Direitos\\_Doente\\_Internado.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf)
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Consultado a janeiro de 2017. Disponível em  
<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Morais, J. (2015). *Fatores Determinantes de Úlceras de Pressão na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos*. Tese de Mestrado. Instituto Politénico de Viana do Castelo. Viana do Castelo.
- Nascimento, H. (2006). Astenia. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (1ª ed., pp. 199 - 214). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2006). Agonia. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (1ª ed., pp. 295-308). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2006). Modelo de Controlo sintomático. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (1ª ed., pp. 53 - 60). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Neto, I. (2006). Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (1ª ed., pp. 17-54). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Nogueira, P., Paiva, J., Pina, E., & Silva, M. (2013). *Relatório preliminar do inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses*. Consultado a 20 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>
- Núcleo de Gestão de Doentes e Estatísticas - SESARAM E.P.E. (janeiro de 2016). *Indicadores de Produção - Movimento Assistencial do Internamento de janeiro a dezembro de 2015*. Consultado a 31 de janeiro de 2017. Disponível em [https://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_remository&Itemid=301&func=select&id=428](https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_remository&Itemid=301&func=select&id=428)
- Nunes, L. (2008). Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*, N° 29, pp. 72-80.
- Nunes, L. (2015). Enunciado de posição relativo à perspetiva ética e deontológica da segurança dos clientes. In Ordem dos Enfermeiros, *Deontologia profissional de enfermagem* (pp. 212-219). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), pp. 187-199.
- Observatório Português de Cuidados Paliativos. (janeiro de 2016). *Perfis Regionais de Cuidados Paliativos*. Consultado a 16 de agosto de 2016. Disponível em <http://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=3e5d6abebfc3437db712974da624ec6a>
- Ordem dos Enfermeiros - Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico - Cirúrgica. (2014). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*.

Consultado a 27 de outubro de 2016. Disponível em [http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Consultado a 13 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Consultado a 5 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (22 de outubro de 2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Consultado a 17 de agosto de 2016. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEE SituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE SituacaoCronicaPaliativa.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Patrick, V. (2011). Enfermagem de Urgência: Uma visão histórica. In P. Howard, & R. Steinmann, *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (L. Leal, Trad., 6ª ed., pp. 9-17). Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro, & R. Salgueiro, Trans.) Loures: Lusociência.

Pires, A. L. (2005). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e competências*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

PORTUGAL. Assembleia da República (3 jul. 2006). Lei n.º 27/2006. *Diário da República* n.º 126, I Série.

PORTUGAL. Assembleia da República (21 mar. 2014). Lei n.º 15/2014. *Diário da República* n.º 57, I Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (4 set. 1996). Decreto de Lei n.º 161/96. *Diário da República* n.º 205, I Série - A.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (26 nov. 2013). Despacho n.º 15423/2013. *Diário da República* n.º 229, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (11 agosto 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República* n.º 153, II Série

PORTUGAL. Ministério da Saúde (10 fev. 2015). Despacho n.º 1400-A/ 2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. *Diário da República* n.º 28, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (27 maio 2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República* n.º 102, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* n.º 233, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* n.º 35, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (2 dez. 2014). Regulamento n.º 533/2014: Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República* n.º 233, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (22 abr. 2015). Regulamento n.º 188/2015: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. *Diário da República* n.º 78, II Série.



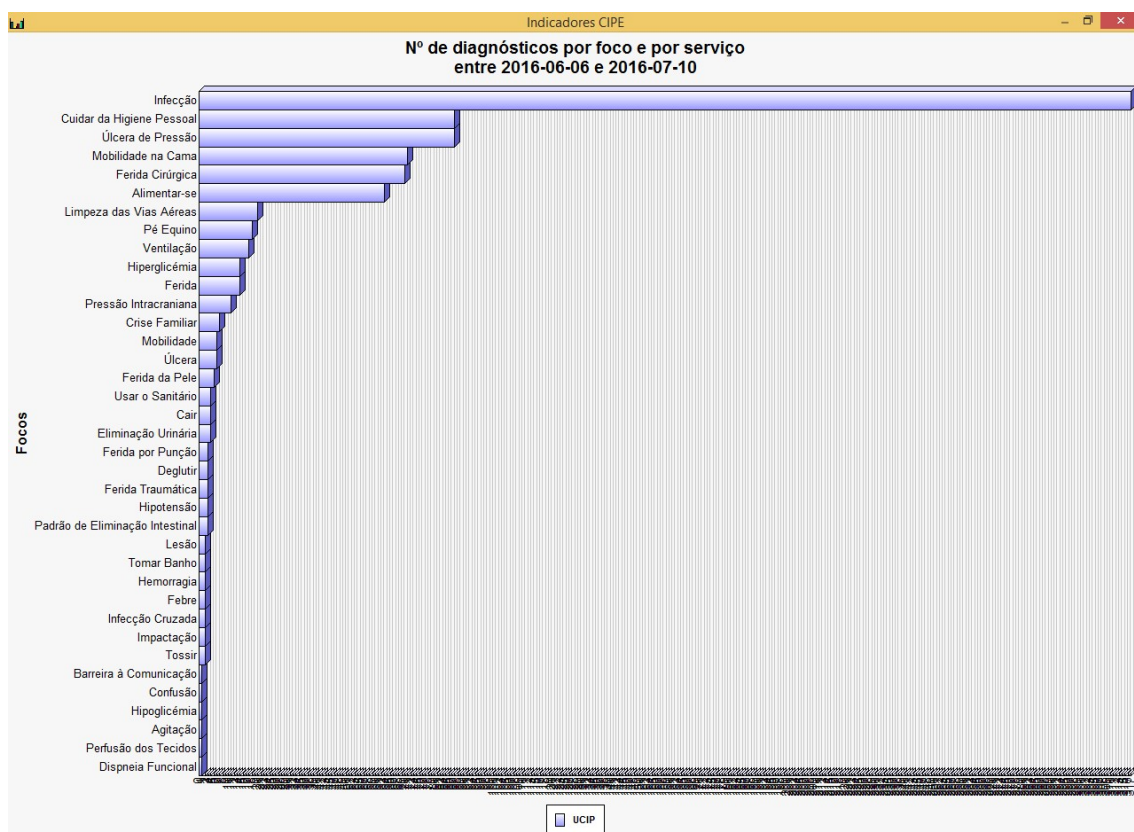
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (26 jun. 2015). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 123, II Série*.
- Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional . In M. Costa, M. Mestrinho, & M. Sampaio, *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação* (pp. 39-48). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Saraiva, A. (2012). Suspensão de tratamentos em unidades de terapia intensiva e seus fundamentos éticos. *Revista Bioética*, 20 (1), pp. 150-163.
- Serviço Regional de Proteção Civil IP-RAM. (2014). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*. Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em [https://www.procivmadeira.pt/images/stories/info\\_pub/PREPCRAM\\_10set2015.pdf](https://www.procivmadeira.pt/images/stories/info_pub/PREPCRAM_10set2015.pdf)
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Consultado a 4 de fevereiro de 2017. Disponível em [http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio\\_Final\\_GAD1.pdf](http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf)
- Sousa, A. (2012). *Sintomas em Cuidados Paliativos: Da avaliação ao controlo*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- The Prague Charter: Palliative Care - A Human Right*. (2009). Consultado a 22 de agosto de 2016, de European Association for Palliative Care: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/PragueCharter.aspx>
- Unidade de Instalações e Equipamentos da Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Urden, L. (2008). Prática de enfermagem em Cuidados Intensivos. In K. Lough, K. Stacy, & L. Urden, *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção* (L. Abecasis, M. Leal, & F. Silva, Trads.). Loures: Lusodidacta.

## **APÊNDICES**

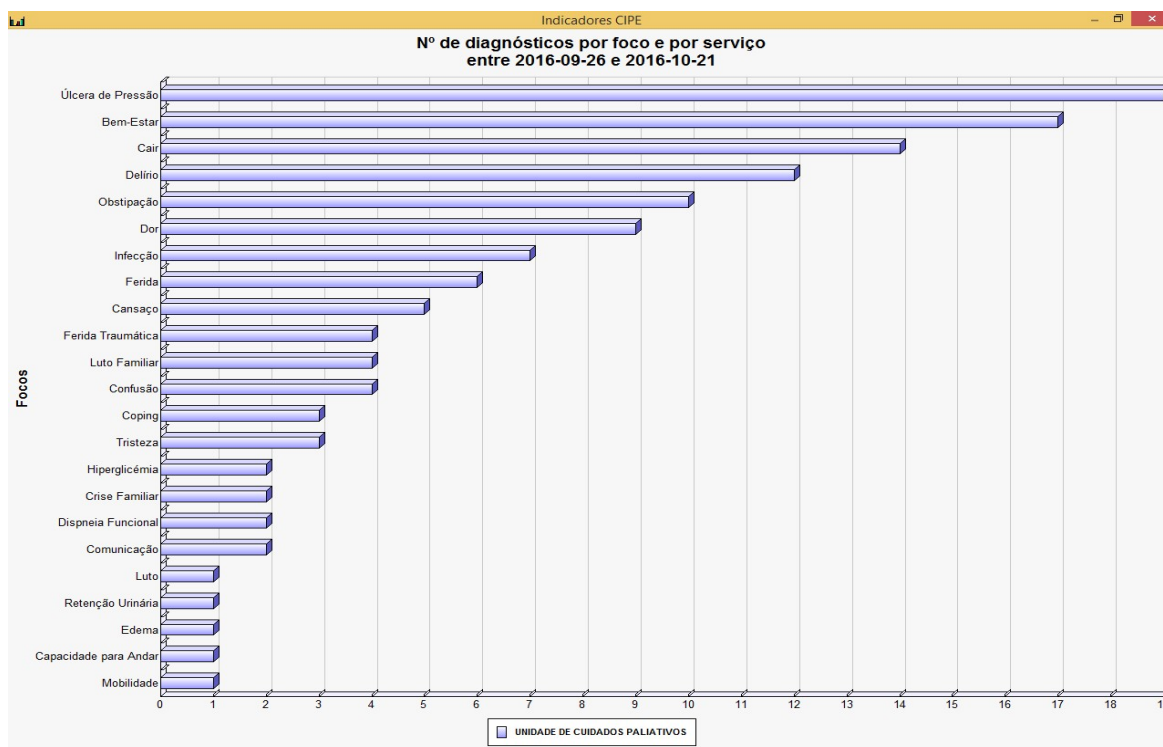


## Apêndice A - Diagnósticos por foco durante o período de estágio no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélio Mendonça



Fonte: Sistema Informático do SESARAM, E.P.E

## Apêndice B - Diagnósticos por foco durante o período de estágio na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. João de Almada



Fonte: Sistema Informático do SESARAM, E.P.E